Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

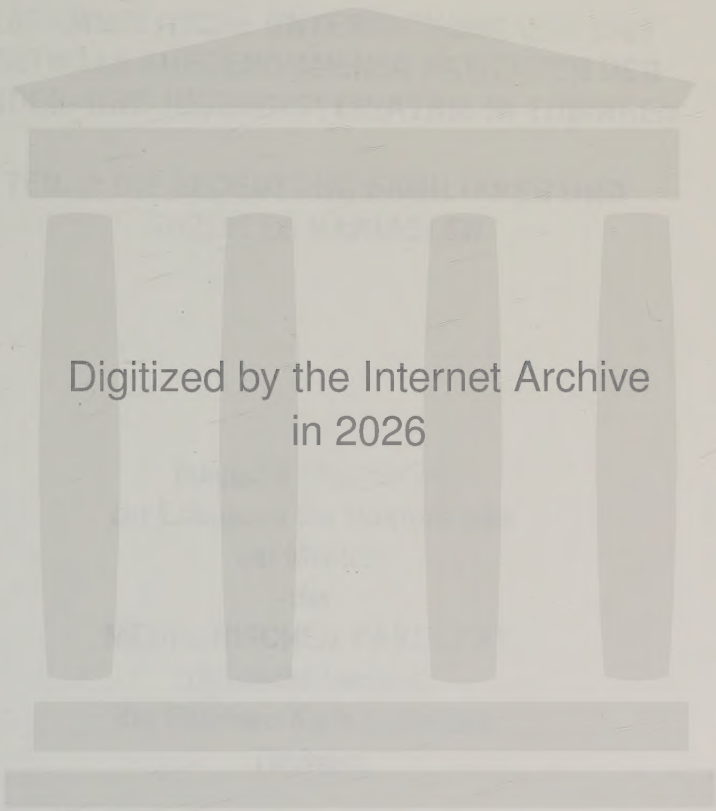
KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG DER 1969 ERSTMALS AUFGENOMMENEN PATIENTEN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IN TÜBINGEN

TEIL 2: DIE BEDEUTUNG FAMILIÄRER UND SOZIALER VARIABLEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Friedrich Kramer
aus Ulm

1980



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548921_0005

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG DER 1969 ERSTMALS AUFGENOMMENEN PATIENTEN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IN TÜBINGEN

TEIL 2: DIE BEDEUTUNG FAMILIÄRER UND SOZIALER VARIABLEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Friedrich Kramer
aus Ulm

1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H. Heimann
Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp

Inhaltsverzeichnis

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Zum Gegenstand der Untersuchung	2
II.1	Die untersuchte Population (das Patientengut)	2
II.2	Die untersuchten Dimensionen und deren Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung	2
II.3	Vorbemerkungen zur Statistik	10
II.4	Literatur zum Thema	13
III.	Methodik	14
III.1	Die Selektion der Patienten	14
III.2	Selektion durch die Nachuntersuchung	14
III.3	Erhebung der Daten zur familiär-sozialen Situation	15
III.4	Datengewinnung über die weitere Entwicklung	18
III.5	Die mathematisch-statistische Verarbeitung	22
IV.	Daten der familiären und sozialen Situation	24
IV.1	Aufbau der Tabellen	24
IV.2	Tabellen mit stichwortartigem Kommentar	25
V.	Die weitere Entwicklung der ehemaligen Patienten	39
V.1	Aufbau der Tabellen	39
V.2	Tabellen mit stichwortartigem Kommentar	40
VI.	Statistische Zusammenhänge zwischen Variablen der familiär-sozialen Situation und Variablen der weiteren Entwicklung	75
VI.1	Mathematisch-statistische Vorbemerkungen	75
VI.2	Tabellarische Übersicht über die einzelnen Zusammenhänge	7
VI.3	Art und Quantität der einzelnen Zusammenhänge	78
VII.	Erklärung der nachgewiesenen Zusammenhänge	100
VIII.	Übersicht: Merkmale des familiär-sozialen Bereichs, die tendenziell mit derselben Entwicklung der Patienten bzw. mit demselben Urteil der Eltern zusammenhängen	112
IX.	Zusammenfassung	115
	Literaturverzeichnis	117
	Lebenslauf	120
	Anhang: Fragebogen	

I. Einleitung

Am Anfang der vorliegenden Untersuchung stand das Bedürfnis, die Existenzberechtigung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen gegenüber dem Land Baden-Württemberg, welches die nötigen finanziellen Mittel mehr oder weniger bereitstellt, zu belegen. Hierzu genügt jedoch weder der Hinweis auf die Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Praevalenz im Schulalter: 20 - 25% laut "Bericht zur Lage der Psychiatrie in der BRD", 1975 S.235) noch die Darstellung der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geleisteten Arbeit anhand von Krankengeschichten oder mittels Berechnungen der Arbeitsstunden. Nur eine Untersuchung, welche zu Aussagen über die Ergebnisse des gesamten Spektrums der geleisteten Arbeit gelangt, kann die entsprechenden Argumente liefern.
Ursprünglich sollte also im Wesentlichen die Bedeutung der Beratung und Behandlung für die Weiterentwicklung der ehemaligen Patienten untersucht werden; um auch andere, möglicherweise bedeutsame Einflüsse zu berücksichtigen, wurde die Arbeit erweitert und folgendermaßen aufgeteilt:

Teil 1: Die Bedeutung klassisch-medizinischer Kriterien
(Inge Leidinger)

Teil 2: Die Bedeutung familiärer und sozialer Variablen
(Frieder Kramer)

Teil 3: Die Bedeutung von Art und Ausmaß der Therapie
(Joseph Aumiller)

Somit kann diese Arbeit einerseits Argumente für oder gegen die weitere Förderung der Kinder- und Jugendpsychiatrie liefern; andererseits können die Ergebnisse dazu beitragen, die theoretischen Grundlagen der Sekundärprävention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erweitern.

II. Zum Gegenstand der Untersuchung

Bevor in Kapitel III. "Methodik" der Untersuchungsgang im Einzelnen dargestellt wird soll erläutert werden, was im Hinblick worauf untersucht wurde.

II.1 Die untersuchte Population (das Patientengut)

Untersucht wurden alle Patienten (1368), die 1969 erstmalig in die Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen aufgenommen wurden und deren Ambulanzblätter bzw. Krankengeschichten archiviert waren ([1]. Darunter befanden sich Patienten aller Altersgruppen, beiderlei Geschlechts, mit vielfältigen Einweisungsgründen und Diagnosen (s.dazu Teil I der Untersuchung; Inge Leidinger), welche hauptsächlich ambulant und z.T. stationär behandelt wurden (s.dazu Teil III; Joseph Aumiller). Zusätzlich konnte von 711 dieser Patienten die weitere Entwicklung bis Ende 1977 mittels postalischer Befragung erhoben werden (zur Selektion s. Kap.III).

II.2 Die untersuchten Dimensionen und deren Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung

II.2.1 Die familiäre Situation

Die Art der familiären Umgebung der ehemaligen Patienten wurde - soweit möglich - erhoben, da "der Familie ... eine zentrale Bedeutung für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung und damit für die größere oder geringere Anfälligkeit für spätere psychische Störungen (zu)kommt" (Bericht zur Lage der Psychiatrie...S.388). Dieses Urteil über die Bedeutung der Familie resultiert zum einen aus Erkenntnissen über den Einfluß der primären Bindung an eine oder mehrere Bezugspersonen auf die psychische (und körperliche) Entwicklung (vgl.z.B. R.Lempp, 1975 S.29). Zum anderen haben "die Psychoanalyse und die neuere Familienforschung darüber hinaus eine große Zahl von subtileren nachteiligen Einflüssen in der Eltern-Kindbeziehung, in der Erziehung und im Kommunikationsstil bestimmter Familiengemeinschaften aufzeigen können." (Bericht zur Lage... S.388).
Diese "nachteiligen Einflüsse" auf die emotionale Entwicklung gewinnen ein besonderes Gewicht wenn man bedenkt, daß "...die Familie für viele Menschen der einzige Ort (ist), der ihnen die Möglichkeit verspricht, sich wenigstens teilweise aus den in allen übrigen Sphären der Gesellschaft

---

([1]: ca. 20 Krankengeschichten waren nicht auffindbar.

herrschenden sachlichen und gleichgültigen Sozialbeziehungen (deren Kälte ja schon in den Grundschulen zu spüren ist; der Verf.) zurückzuziehen. In der Familie scheinen sich noch am ehesten die Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung und Verwirklichung persönlichen Glücks zu erfüllen." (Geissler/ Thoma 1975 S.164). Wie schwierig es für viele Familien ist, diese Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung zu erfüllen, zeigt sich u.a. "...in der zunehmenden Beschäftigung von Psychologen, Soziologen und Medizinern mit dem Problem gestörter Familienbeziehungen und der familialen Genese psychischer Störungen."(ebenda S.165).

Da jedoch nicht nur die emotionale Entwicklung wesentlich von der Familiensituation abhängt, sondern gleichzeitig die Beziehung der Kinder zur gesamten Gesellschaft über die Eltern vermittelt wird, muß der "Ort" der Eltern in der Gesellschaft berücksichtigt werden.(Zum "Ort"s. II.2.3). Dieser "Ort" ist insbesondere durch die berufliche Lage des (oder der) arbeitenden Eltern(teils), und durch die - stark von Art und Ausmaß der beruflichen Belastungen und vom Einkommen abhängenden - Freizeit- und Konsumgewohnheiten bestimmt. "Die Erfahrungen in der Arbeit sowie in den übrigen Lebensbereichen prägen neben den allgemein herrschenden Vorstellungen über erstrebenswerte Sozialisationsleistungen die Ziele der elterlichen Erziehung. Allerdings hängt die praktische Umsetzung dieser Ziele stark von der Persönlichkeit der Eltern ab, ihren kognitiven und motivationalen Strukturen sowie der Art ihrer Partnerbeziehung. Resultat dieser komplexen Einflußgrößen ist der praktizierte Erziehungsstil der Eltern,..."(Geissler/ Thoma 1975 S.167f.).

So fand Bronfenbrenner,"...daß die Erziehungspraktiken der Unterschichten insgesamt rigider als die der Oberschichten sind."(zit.nach Gleiss u.Mitarb.1973 S.63).

"In den sozialen Untersdhichten geht es ,..., durchschnittlich autoritär-disziplinierend zu, anale Haltungen wie Ordentlichkeit, Reinlichkeit gehören vielfach zur 'Reputation' und werden erzwungen. ... Bei den 'kleinen Leuten' läuft Sozialisation objektiv auf Unterordnung, Gehorsam hinaus, was sich in den Extremformen abweichenden Verhaltens ausdrückt: Willkür, Roheit, aber auch Antriebsverlust (Lahmheit usw.)."(Brückner, 1974 S.54).

Demgegenüber werden in den Mittelschichten in der Erziehung eher aktive, risikobereite und zukunftsorientierte Charaktere angestrebt, weshalb entsprechende Methoden wie z.B. Gewissensappell und vernünftiges Zureden, Drohung mit Liebesentzug und Belohnungen (anstatt Strafen) eher in Mittelschichten praktiziert werden.
Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur schichtspezifischen Erziehung findet sich bei Bolte u. Mitarb. (1975 S.82) und bei Gottschalch u. Mitarb. (1971 S.95ff).
Diese unterschiedlichen Sozialisationsmodi sind wohl auch für die - von Caesar nachgewiesene - Schichtspezifität im Krankheitsverhalten von Kindern verantwortlich. (s.dazu Geissler/Thoma 1975 S.176).

II.2.2 Die schulische Situation

Auch die Schule hat einen starken Einfluß auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. In ihr soll das Kind einerseits auf die Mitarbeit in der Gesellschaft vorbereitet werden. Andererseits findet in der Grundschule die Verteilung der Kinder im Hinblick auf ihre spätere Position in der gesellschaftlichen Hierarchie statt. Einen Hinweis auf pathologische Auswirkungen der dadurch gegebenen Konkurrenz in der Schule sehen einige Autoren in der Häufung und besonderen Intensität von Verhaltensstörungen bei 9-11-Jährigen, also in dem Alter, in welchem die Weichen gestellt werden. (Henkel/Roer, 1976 S.163).
Auch diese (und andere) Belastungen der Schule sind schichtspezifisch: so muß die besondere schulische Belastung von Unterschichtskindern laut Henkel/Roer "...erklärt werden aus dem '(...) Aufeinandertreffen zweier unterschiedlicher Sozialisationsmodi, dem von der Schule repräsentierten der Mittelschicht und dem der unteren oder Arbeiterschicht'." (ebenda S.164).

II.2.3 Die soziale "Schicht"

Die Schicht, aus welcher das Kind stammt, beeinflußt - wie oben angedeutet - dessen Entwicklung auf besondere Weise.

Laut "Wörterbuch der Soziologie" ist Schicht bzw. Schichtung ein "...im soziologischen Schrifttum nicht eindeutig bestimmter Begriff zur Beschreibung oder Erklärung der vertikalen Struktur einer Gesellschaft."(Hartfiel, ebenda 1972 S.597). Zwei Gruppen von Schichtmodellen werden dabei unterschieden: der 'subjektive' Ansatz nimmt die Selbsteinstufung (höher-, geringer-, gleichwertig) von Befragungspersonen,z.B. mittels SSE-Index von Kleining und Moore (nach Gleiss u. Mitarb. 1973 S.27), zum Ausgangspunkt der sozialen Hierarchie. Der 'objektive' Ansatz verwendet Kriterien, die vom Urteil der einzustufenden Personen unabhängig sind (Alter, Einkommen, Beruf usw.). Der Wissenschaftler wählt die jeweiligen Kriterien seinen (Forschungs-)Interessen gemäß aus und entscheidet, ob und wie "...sich mit den Abstufungen des jeweiligen Merkmals Differenzierungen im Sinne von besser- oder schlechtergestellt, bevorzugt oder benachteiligt, mehr oder weniger geachtet usw."verbinden.(Bolte u.Mitarb. 1975 S.15).

Daß beiden Methoden eine mehr oder weniger willkürliche hierarchische Gliederung zugrundeliegt, die sich nicht - oder nur selten - aus einer Analyse der materiellen Zusammenhänge der jeweiligen Gesellschaft ergibt, muß bei der Beurteilung entsprechender Forschungsergebnisse berücksichtigt werden. (s. dazu Gleiss u.Mitarb. 1975 S.74ff)

Die in dieser Arbeit verwendete Zusammenfassung von Berufen der Väter (bzw. Mütter) in Gruppen (s. Kap.III) beinhaltet Variablen mehrerer Dimensionen (Bildung, Einkommen, Selbständigkeit, Arbeit im Produktionssektor o. Handel etc.) in unterschiedlicher Reihenfolge, ohne daß die einzelnen Variablen unterschieden werden könnten.([1] Demnach kann die von mir angewandte Gliederung nicht als Wiedergabe einer real existierenden Hierarchie angesehen werden.

([1]: Eine entsprechende Unterscheidung war aufgrund der begrenzten Angaben in den Krankenblättern unmöglich.

II.2.4 Die weitere Entwicklung der Kinder - zum Gesundheitsbegriff

Da diese Untersuchung zeigen soll, ob und warum die ehemaligen 'kleinen Patienten' 8 Jahre nach ihrer Neuaufnahme mehr oder weniger gesund sind als im Jahr 1969 ist es notwendig, im folgenden den Gesundheitsbegriff zu diskutieren.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie befaßt sich mit Menschen, die sich entwickeln. Im Gegensatz zur Psychopathologie des Erwachsenenalters ist es "...eine ganz neue Dimension, die hier hinzutritt und auch das ganze wissenschaftliche Gebäude bestimmt, die Dimension der Zeit, der Entwicklung." (R.Lempp, 1975 S.11).([1]

Demnach muß bei 'unseren' Patienten unterschieden werden, ob sie "...sich auf dem Wege befinden zu einer reiferen Endgestalt,..."(Stutte 1967 S.7), oder ob bei ihnen "...der psychische Reifungsprozess aus vielfältigen Gründen und in mannigfacher Form beeinträchtigt ist." (ebenda S.7).

Wodurch ist nun aber die "reife Endgestalt" bestimmt, welche bei einem gesunden 'Reifungsprozess" erreicht werden soll?([2]

In der Literatur zur Erwachsenenpsychiatrie, welche sich ja mit der "reiferen Endgestalt" und deren Psychopathologie befaßt, finden sich hierzu interessante Hinweise:

So diskutiert der "Bericht zur Lage der Psychiatrie in der BRD" den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation - "Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung" (ebenda S.66)-und stellt dessen Unbrauchbarkeit "..für praktische Zwecke..." fest (ebenda). Begründet wird dieses

---

([1]: Betrifft dies nicht nur den körperlichen Reifungsprozess, sondern auch die emotionale und geistige Entwicklung, so ist damit zugleich ein vernichtendes Urteil über das Leben der Erwachsenen gesprochen:"dort findet Entwicklung nicht mehr statt, ist es mit dem Lernen vorbei... . Wenn einer 18 Jahre alt ist fängt er schon an, partiell abzusterben." (Brückner 1974 S.116)

([2]:Für Stutte stellt sich diese Frage an der angegebenen Stelle nicht.

Urteil damit, daß demnach laut Untersuchungen aus den USA und Kanada "...nur ca. 20% der Erwachsenenbevölkerung als gesund bzw. als beschwerdefrei gekennzeichnet werden ..." könnten, was die (rhetorische) Frage aufwirft: "Ist ein Zustand normal ([1], den nur rund 20% der Bevölkerung aufzuweisen scheinen?" (ebenda)
Kann also - der Logik des Berichts zufolge - nur das als gesund bezeichnet werden, was in der Mehrzahl der Fälle vorkommt, so müßte Karies als gesund bezeichnet werden.
Daß aber kein vernünftiger Mensch Karies als zur Gesundheit gehörig betrachtet zeigt, daß aufgrund der Häufigkeit bestimmter Erscheinungen nichts über deren Wesen als gesund oder krank ausgesagt werden kann.
Es müßte also einerseits das Typische der gesunden Entwicklung, das, was sie qualitativ von krankhafter Entwicklung unterscheidet, begrifflich erfaßt werden, bevor deren Häufigkeit berechnet werden kann.
Andererseits müßte dazu in mehreren Dimensionen recherchiert werden, da man "...der Wirklichkeit eher gerecht (würde), wenn man ... die psychische Entwicklung als eine fortschreitende Differenzierung und eine Erweiterung der Wirk- und Reaktionsmöglichkeiten betrachten würde...".(Lempp 1975 S.20)
Relativ sichere Aussagen können - so scheint es - in der Dimension 'krankhafte Symptome' gemacht werden:
Treten Symptome oder Probleme (z.B. Erziehungsschwierigkeiten) auf, die zur Einweisung in die Jugendpsychiatrie führen, also von den Eltern als störend bzw. krankhaft erlebt werden, so ist das Kind und/oder dessen Verhältnis zu seinen Eltern als krank anzusehen.
Bezeichnete man allerdings einseitig das Kind, dessen Verhalten die Eltern (und durch die Eltern evtl. es selbst) stört, als krank bezeichnet, so bestünde das Therapieziel konsequenterweise in der einseitigen Anpassung des Kindes an die Erziehungsziele der Eltern. Wie jedoch u.a. die zunehmende Literatur zur Familienforschung und -therapie zeigt, ist "nicht mehr allein das gestörte Individuum, sondern zugleich die störende Umwelt, der 'Patient Familie'

([1]: Weshalb an dieser Stelle des Berichts "gesund" durch "normal" ersetzt wird, wird nicht begründet.

(zum) Gegenstand der medizinisch-ätiologischen Betrachtung ebenso wie des therapeutischen Handelns..." geworden. (Geissler/Thoma 1975 S. 162).
Ist also im Bereich der Familie (und von Kleingruppen) der Symptomträger, seine Umwelt und deren Verhältnis zueinander Gegenstand der Therapie, so ist dies bezüglich anderen sozialen Beziehungen nicht der Fall.
In der weiter gefaßten sozialen Dimension wird als Therapieziel einseitig die soziale Anpassung, Bewährung bzw. Integration des erkrankten Individuums angestrebt, und damit zum Kriterium psychischer Gesundheit erhoben:
So gibt Stokvis allein folgende "...Kriteria zur Beurteilung der Ergebnisse..." der Psychotherapie an (Stokvis ,1958 S.40) : "1.sozial sehr gut angepaßt, 2. sozial gut angepaßt, 3.sozial genügend angepaßt, 4.sozial zweifelhaft angepaßt, 5.kein Erfolg oder verschlimmert. Dieser Einteilung gemäß wäre 1.:sehr befriedigend(+++); 2.:befriedigend(++); 3.:genügend(+); 4.:unsicher(±); 5.:ungenügend(-)."(Stokvis, 1958 S.140). Zur Begründung gibt Stokvis lediglich an, daß sich diese Kriteria "...in der Leidener Psychiatrischen Klinik und in der Leidener Psychosomatischen Zentrale dazu (zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse; der Verf.) als brauchbar erwiesen haben"(ebenda).
Gegenüber dieser Ansicht "...betonen natürlich mehrere Untersucher .., daß trotz guter sozialer Bewährung die seelische Gestörtheit hochgradig sein könne, so daß bei genauerer Untersuchung die Zahl der Geheilten stark abnehme."(Ernst u.Mitarb. 1968 S.51).
Deshalb berücksichtigen einige Autoren neben der sozialen Eingliederung das Vorhandensein neurotischer Reste bei der Beurteilung des Therapieerfolges. (s. z.B. Dührssen 1962 S.98f)
Für Langen stellt sich die "...Therapeutische Zielsetzung" (Langen 1956 S.103), an welcher der Erfolg gemessen werden soll, so dar:"Es kommt in jeder Psychotherapie darauf an, die manifest gewordene Neurose in den Zustand zurückzuversetzen, der vor der Manifestation bestand."(ebenda)

Dieses Verständnis von Behandlungserfolg, welches von Heilung (d.h. Gesundheit!) spricht, sobald die Störungen des Patienten behoben sind und gleichzeitig dessen Integration in soziale Beziehungen geglückt ist, sieht in dem Verhältnis Mensch-Umwelt([1] allein das Individuum als veränderbar an. Dieses hat sich einer Umwelt anzupassen, welche nicht zuletzt eine Bedingung für die Entwicklung seelischer Krankheiten darstellt.([2]
Demgegenüber müßte für eine Therapie, welche ein "gesundes" Mensch- Umwelt Verhältnis anstrebt, gefordert werden, daß sie einerseits die Umwelt- Bedingungen der jeweiligen Krankheit abbaut (z.B. Konkurrenz-verursachende Auslesefunktion der Schule), und auf der Seite des Individuums neben Symptomfreiheit bewirkt, daß der ehemalige Patient seine natürliche und soziale Umwelt mitsamt den Bedingungen und Ursachen seines Krank-seins erkennen und seinen eigenen(!) Zielen gemäß (evtl. gemeinsam mit anderen Mitmenschen) gestalten kann.
Erst dadurch ist das Therapieziel auf der Seite des Patienten, der Mensch als handelndes Subjekt, "der ... allein die Möglichkeit (hat), sich zwischen Reagieren und Nichtreagieren zu entscheiden..."(Lempp,1975 S.27).

Für diese Untersuchung ergeben sich demnach folgende Bereiche, in welchen nach Anzeichen von Krankheit gesucht werden muß:

1. Die Entwicklung von Symptomen oder Problemen, welche von den Eltern als krankhaft erlebt werden,
2. Der Bereich schulischer und beruflicher Entwicklung,
3. Der Bereich neurotischer Symptome, welcher teils identisch mit 1. ist, zusätzlich jedoch die soziale Kontaktfähigkeit berücksichtigt.
4. Die Subjekt-Umwelt Beziehung, worüber allerdings auf-

([1]: Zum Begriff'Umwelt' s. Geissler/Thoma (1975) S.44

([2]: Für die Tatsache der Anpassung des Patienten - um die es hier geht - ist deren Methode unerheblich. Ob "es" mittels Verhaltenstherapie oder mittels anderer "...Psychotherapie stets darum (geht), den Patienten so weit zu bringen, daß er bestimmte Werte des menschlichen Daseins intendieren und realisieren lernt,...",wobei der Therapeut "...von (diesen) objektiven Werten..." weiß,"...daß zwischen diesen Werten apriorische Vorzugsregeln gelten" (Winkler,1955 S.75), ist für die Einseitigkeit der Anpassung ohne Bedeutung.

grund der Erhebungsmethode (s.Kap.III) nur wenig bekannt ist.

Schließlich interessiert noch, ob die Eltern mit der Behandlung zufrieden waren und wie sie deren Einfluß auf ihre Kinder und auf ihr Verhältnis zu ihren Kindern beurteilen, da die Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen neben objektiven Veränderungen in den unter 1. - 4. dargestellten Bereichen darauf abzielt, zur subjektiven Zufriedenheit der Eltern und ihrer Kinder beizutragen.

II.3 Vorbemerkungen zur Statistik

II.3.1 Grenzen statistischer Erhebung

Der wesentliche Teil dieser Untersuchung liegt darin, statistische Zusammenhänge zwischen (als unabhängig angenommenen) Variablen aus dem familiär-sozialen Bereich und (als abhängig angenommenen) Variablen der weiteren Entwicklung der ehemaligen kleinen Patienten zu untersuchen. Damit kann man aber nur "...Zusammenhänge aufdecken, die wesentliche Hinweise auf kausale Beziehungen geben. Der Nachweis kausaler Beziehungen ist aber nach wie vor nur auf experimentellem Wege möglich."(Pflanz, 1973 S.2)([1]
Ob eine, und wenn ja,welche Kausalbeziehung vorliegt, muß die Beobachtung und Untersuchung der möglichen intervenierenden Variablen ergeben.
Auch muß vor einem Merkmalsfetischismus gewarnt werden, der sich mit der Erkenntnis der unmittelbaren sozialen Faktoren, so wichtig diese auch sind, begnügt.
"Neben der Kenntnis sozialer Risikofaktoren und ihrer Wirkungsweise gewinnen Einsichten über die gesellschaftlichen Voraussetzungen stark an Bedeutung. Soziale Faktoren, die in sozialmedizinischer Perspektive als Ursache einer Krankheit in Frage kommen, erscheinen unter einer erweiterten Fragestellung als Wirkung eines umfassenden gesellschaftlichen Zusammenhanges. Gefragt wird jetzt nach den politischen, ökonomischen und sozialen Ursachen von 'Risikofaktoren(...), also Lebensumständen, denen jeder (...) ausgesetzt sein kann, ohne daß der so bedrohte Mensch selber viel an diesem Risiko ändern kann'(Schäfer...)." (Geissler/Thoma 1975 S.54).

II.3.2 Statistik in der Psychiatrie

In der Literatur wird jedoch nicht nur auf die Grenzen statistischer Methodik aufmerksam gemacht, es wird auch die prinzipielle Berechtigung der Statistik in der Psychiatrie infrage gestellt.

So weist Ernst darauf hin, daß "Der Wert der therapeutischen Bemühungen ... auf einer anderen, der Statistik unzugänglichen Ebene (liegt)" (Ernst 1959 S.97), nachdem er auf statistischem Wege ermittelt hatte, daß "...ein deutlicher Einfluß der Therapie auf den Symptomverlauf selten offenkundig (ist).."(ebenda).

Als weiteres Argument dafür, "...daß schon im Wesen der Psychotherapie das Fehlen ihrer statistischen Kontrollierbarkeit liegt,"(ebenda S.104) führt Ernst die von ihm - statistisch(!) - nachgewiesene Häufung von Behandlungsabbrüchen in niederer sozialer Lage an.

Selbstverständlich kann, wie Lutz zurecht bemerkt, "...jeder Lebenslauf, (der) als Ganzes etwas Einzigartiges, Individuelles ist, ... als solches nicht verglichen werden ... mit demjenigen eines anderen Menschen." (Lutz 1967 S.52). Jedoch können bestimmte Merkmale mehrerer Individuen mit anderen Merkmalen verglichen werden, um so gesetzmäßigen Zusammenhängen auf die Spur zu kommen.

II.3.3 Statistische Anamnese versus statistische Katamnese

In Anamnesen und Katamnesen wird untersucht, wie sich mindestens 2 medizinisch bedeutsame Ereignisse, die sich zu verschiedenen Zeitpunkten ereignen, statistisch und kausal zueinander verhalten.

Anamnese und Katamnese unterscheiden sich primär in der Selektion der untersuchten Population:

In der Anamnese wird das Patientengut aufgrund eines gleichartigen späteren Ereignis' , z.B. derselben Diagnose zusammengestellt und insbesondere nach früheren Ereignissen gefragt;

In der Katamnese ist ein früheres Ereignis, z.B. dieselbe Symptomatik der Ausgangspunkt zur Auswahl der Patienten, deren weitere Entwicklung (also späteren Ereignisse) untersucht wird.

In der Anamnese wie in der Katamnese können statistische Zusammenhänge und Kausalbeziehungen zwischen früheren und späteren Ereignissen untersucht werden.
Die Anzahl der früheren und späteren Ereignisse, zwischen welchen statistische oder kausale Verbindungen gesucht werden, ist allein durch das Untersuchungsmaterial und die Methode der Datenerhebung begrenzt. Im Gegensatz zu dieser Ansicht vertreten Lempp/Wacker die Meinung, die Katamnese würde nur ein ursächliches Ereignis mit vielen Auswirkungen, hingegen die Anamnese viele Ursachen einer Auswirkung untersuchen (Lempp/Wacker, 1967 S.20). Die Autoren schließen daraus: "Die Katamnese, die nur von einem solchen (ursächlichen; d.Verf.) Ereignis ausgeht, und nicht alle weiteren nachfolgenden Faktoren berücksichtigt - was sie gar nicht kann - muß zu unverbindlichen und für den Einzelfall nichtssagenden Ergebnissen kommen."..."So möchten wir, dem herrschenden Trend zuwider, der kritischen anamnestischen Untersuchung dennoch den Vorzug geben, zumindest sollte die katamnestische Methode durch die anamnestische ergänzt und korrigiert werden."(Lempp/Wacker, 1967 S.26f).
Wie oben dargestellt, unterscheiden sich Anamnese und Katamnese primär in der Auswahl des Patientenguts (und von Vergleichsgruppen), was bewirkt, daß die Anamnese die Vorgeschichte und Ursache(n) eines oder mehrerer Ereignisse, z.B.Symptome, Krankheiten etc.untersucht, die Katamnese hingegen den weiteren Verlauf und die Folgen eines oder mehrerer Ereignisse, z.B. Symptome, Krankheiten erforscht.(s.dazu Pflanz, 1973 S.112).
Da sich also Anamnese und Katamnese in dem untersuchten Gegenstand, dessen statistische und kausale Beziehungen untersucht werden, unterscheiden (Vorgeschichte versus "Nachgeschichte"), kann auch nicht "die katamnestische

Methode" (s.o.) gegenüber der anamnestischen Methode benachteiligt oder bevorzugt werden.
Zusammengefasst muß je nachdem, ob Faktoren interessieren, die den weiteren Verlauf einer Krankheit bestimmen, oder ob die Entstehungsursachen einer Krankheit interessieren, eine Anamnese oder eine Katamnese durchgeführt werden.

II.4 Literatur zum Thema

Über Katamnesen in der Jugendpsychiatrie findet sich eine ausführliche Literaturübersicht bei Ernst u.Mitarb.(1968) auf S.50.
Darunter gibt es viel Literatur über Katamnesen nach psychotherapeutischer Behandlung, z.B. A.Dührssen (1964) und H.Harbauer (1960). Neuere katamnestische Ergebnisse nach psychotherapeutischer Behandlung von Kindern finden sich bei Leventhal/Weinberger (1975) und Maluccio(1974). Diese Untersuchungen eignen sich allerdings nicht zum Vergleich, da nur ein geringer Anteil unserer Patienten psychotherapeutisch behandelt wurde und insofern auch ein anderes Krankheitsspektrum vorliegt.
Zur Sozialepidemiologie in der Jugendpsychiatrie findet sich eine Übersicht bei Henkel/Roer (1976). Weitere Literatur dazu: Landoni et autres (1973); Petri (1975).
Zu speziellen Themen der Sozialepidemiologie:
"Frühkindliche Hirnschäden und soziale Klasse"(Schlange u.Mitarb. 1975); zur Stellung in der Geschwisterreihe s. R.Bastide (1973) S.179; zur Bedeutung der Wohnungsgröße s. ebenda S.109.
Über die Bedeutung familiär-sozialer Einflüsse auf die weitere Entwicklung von Kindern findet sich nur wenig statistische Literatur. Empirische Angaben dazu werden - abgesehen von einigen Ausnahmen, z.B. Merkel-Neininger (1974) - als Nebenprodukt in katamnestischen Arbeiten über spezielle Krankheitsbilder erhoben und ausgewertet. Auf diese Ergebnisse anderer Autoren wird bei der Darstellung der eigenen Ergebnisse verwiesen.

III. Methodik

III.1. Die Selektion der Patienten

Zur sozialen Selektion der ambulanten(!) Patienten, welche laut Zillhardt im Jahr 1970 zu 76,8% aus dem Tübinger Umkreis von 40km in die Jugendpsychiatrie kamen (Zillhardt 1976 S.22) , schreibt Becker:
"Die verschiedenen ... sozialen Schichten bevorzugen jeweils andere beratende und behandelnde Stellen. Die sozial höher gestell-ten bevorzugen eindeutig die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsnervenklinik; die Ärzte haben ihre Patienten vorwiegend aus den sozial mittleren Schichten, die unteren Schichten werden hauptsächlich von der Erziehungsberatung des Jugendamtes betreut."(Becker 1973 S.32)
Zusätzlich muß berücksichtigt werden, daß die in Erziehungsberatungsstellen und von Kinderpsychiatern betreuten Jugendlichen aus der Gesamtheit aller Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten selektiert sind:
laut Steuber waren bei verhaltensauffälligen oder leistungsbeeinträchtigten Grundschulkindern in niederen Sozialschichten in 11%, in höheren Sozialschichten in 29,5% der Fälle zumindest diagnostische Maßnahmen eingeleitet worden.(Bericht zur Lage... S.237; s.a. Henkel/Roer 1976)
Dieselbe Selektion wird auch allgemein von Erziehungsberatungsstellen berichtet.(s. Südwest Presse 25.8.78 "Südwestumschau").
Demnach muß von einer doppelten Selektion unseres Patientenguts aus allen psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in derselben Richtung ausgegangen werden.

III.2 Selektion durch die Nachuntersuchung

Die Daten zur weiteren Entwicklung der Kinder sind zusätzlich selektiert:
Von 18 Kindern der 1368 ehemaligen Patienten wurde bekannt, daß sie zwischenzeitlich verstorben waren, 6 davon an der Krankheit, die zur Aufnahme in die Jugendpsychiatrie geführt hatte.
Die Eltern von 17 Kindern schickten den Fragebogen unausgefüllt zurück, während den Eltern von 20 Kindern aus verschiedenen Gründen kein Fragebogen zugeschickt werden

konnte. (Meistens war keine Adresse vorhanden).
277 Kinder(20%) waren inzwischen mit unbekannter Adresse verzogen und 325 Fragebögen(24%) blieben trotz Mahnung unbeantwortet.
Schließlich konnten die mehr oder weniger ausführlich ausgefüllten Fragebögen von 711 ehemaligen Patienten (52%) verwertet werden.
Die Auswirkungen dieser Selektion auf die Zusammensetzung der Daten aus dem familiär-sozialen Bereich sind in den Tabellen des Kapitels IV. dargestellt. Demnach ist die Rücklaufquote bei Arbeitern, Selbständigen mit einem kleinen Betrieb und beamteten oder angestellten Akademikern etwas geringer als im Durchschnitt.
Eine eindeutige schichtspezifische Selektion durch die postalische Untersuchung, wie sie von Friedrichs (1973, S.241) aufgrund einer Vielzahl von Forschungsergebnissen berichtet wird, kann also nicht bestätigt werden.
Über den Einfluß der Rücklaufquote auf die Selektion der Daten zur weiteren Entwicklung läßt sich m.E. nur spekulieren. Laut Harbauer stimmt "...die oft geäußerte Vermutung, es würden vorwiegend die gut ausgelaufenen Behandlungsfälle oder die sich positiv entwickelnden Probanden antworten, nach eigener Erfahrung nur begrenzt...".(Harbauer, 1967 S.30).
Langen behauptet, daß"sich vor allem die Ungebesserten einer Aufforderung zur Untersuchung eher widersetzen werden, als die Gruppe der Gebesserten. Wenn demnach mehr als 10% auf Anfragen nicht antworten, muß der Prozentsatz Ungebesserter von vorneherein höher angenommen werden, als dem Ergebnis des vorliegenden Untersuchungsmaterials entspricht." (Langen, 1956 S.105).

III.3 Erhebung der Daten zur familiär-sozialen Situation

Wir, die 3 Autoren der Gesamtstudie, entnahmen die Daten zum familiär- sozialen Bereich in gemeinsamer Arbeit den jeweiligen Krankenblättern der Uni- Nervenklinik Tübingen. Dabei standen wir in engem Kontakt miteinander um die Unterschiede in der Auswertungsmethodik möglichst gering zu halten.

Da verschiedene Ärzte und ein Psychologe die Patienten betreut und befundet hatten, können gewisse Unterschiede in unserem Ausgangsmaterial nicht ausgeschlossen werden. Wir konnten jedoch Art und Ausmaß dieser vermuteten Unterschiede aus den Angaben im Krankenblatt nicht beurteilen.

III.3.1 Krankenblattinhalt - daraus gewonnene Merkmale

Neben Daten zum Alter und Geschlecht der Patienten enthalten die Krankenblätter Angaben über die Anamnese, den Anlaß zur Aufnahme, Ergebnisse der körperlichen und (z.T.) testpsychologischen Untersuchung, Diagnose und empfohlene Therapie..

In den meisten Krankenblättern ist auch notiert, ob bei dem Kind die Voraussetzungen zur Entwicklung einer primären Bindung - eine längerfristig konstante Beziehung zu einer Bezugsperson oder -gruppe - vorhanden waren, sodaß ein entsprechendes Merkmal erhoben werden konnte. Wir erhoben einen "häufigen Wechsel der Bezugsgruppe" immer dann, wenn das Kind bis zum 10. Lebensjahr bei mehr als 2 verschiedenen Bezugsgruppen oder -personen für längere Zeit untergebracht war. Ausnahmen von dieser Regel wurden (selten) gemacht, wenn aus der Krankengeschichte hervorging, daß schon der Wechsel zwischen 2 Bezugsgruppen für die Krankheitsentstehung von großer Bedeutung war.

Die Angaben über pathologische familiäre Kommunikationssysteme sind in den Krankengeschichten der jeweiligen Patienten so verschieden, daß sie nicht statistisch erhoben werden konnten.

Der Familienstand der Eltern der Patienten war nicht immer aus den Krankenblättern zu eruieren; wir gingen jedoch bei der Datenerhebung davon aus, daß die Eltern bei fehlenden Angaben verheiratet waren. Für Kinder kann der elterliche Familienstand - statistisch gesehen - bedeutend sein: Landono berichtet, daß sich"die delinquenten Kinder ... vor allem bei getrennten oder geschiedenen Eltern (finden)." (Landoni u. Mitarb. 1973 S.1). Jedoch kann der Familienstand nicht als Indikator für psychisch gestörte Elternteile verwendet werden, da heutzutage laut R.Bastide (1973 S.179) kein statistischer Zusammenhang zwischen

Geisteskrankheiten Erwachsener und deren Familienstand besteht.

Ob das Kind adoptiert war oder nicht - wobei wir auch hier davon ausgingen, daß es sich bei fehlenden Angaben um ein leibliches Kind handelt - wurde ebenso in den Datenbogen eingetragen.
Wo das Kind zu Zeit der Aufnahme überwiegend wohnte, ob bei den Eltern oder im Heim etc., konnte den meisten Krankenblättern entnommen werden, weshalb wir das Merkmal "überwiegender Aufenthalt" bildeten. Wenn nichts Gegenteiliges bekannt war, wurde als überwiegender Aufenthalt "bei den Eltern" erhoben.
Die Anzahl der Kinder in der Familie und die Position der Patienten in der Geschwisterreihe ist regelmäßig (von wenigen Ausnahmen abgesehen) notiert, sodaß hier die Datenerhebung ziemlich vollständig sein dürfte.
2 weitere Items der familiär-sozialen Situation zu Zeit der Aufnahme wurden retrospektiv innerhalb des Fragebogens erhoben: die Eltern wurden über die damalige Belastung der Familie durch die Symptome bzw. Probleme und über Kontaktschwierigkeiten des Kindes im Jahr 1969 befragt. (Zur Formulierung s. Kap.IV).
In einem Teil der Krankenblätter sind Angaben darüber enthalten, wieviele Elternteile berufstätig waren; auch diese Daten wurden erfasst.
Der Beruf des Vaters bzw. der Mutter ist mehr oder weniger differenziert notiert (z.B. Beamter, Schlossermeister, Arbeiter, Sachbearbeiter, Professor etc.), sodaß wir die Berufe in Gruppen zusammengefasst haben (Gruppierung s. Kap. IV). Wie in Kap. II.2.3 ausgeführt wurde, ist diese Gruppierung nicht als Wiedergabe einer realen Hierarchie anzusehen.
Auch die Art der Schule, welche das Kind besuchte, ist meistens angegeben, sodaß dieses Merkmal nahezu lückenlos erhoben wurde.
Weitere Angaben zur sozialen Situation des Kindes, wie z.B. Bildung der Eltern, Wohnungsgröße([1] etc. sind in

([1]: Zur Bedeutung der Wohnungsgröße: "Frau Chombart de Lauwe hat...bei den Kindern...eine gefährliche 'Überbevölkerungsschwelle' festgestellt. Sie liegt zwischen 2 und 2,5 Personen pro Zimmer..."(Bastide 1973 S.109). In Tübingen betrug

den Krankenblättern nur selten enthalten. Deshalb wurden diese Angaben nicht registriert.

III.4. Datengewinnung über die weitere Entwicklung

III.4.1 Zur postalischen Befragung

Aufgrund des Zwecks der Untersuchung, zu Aussagen über die Weiterentwicklung des gesamten Spektrums der Patienten, die in der Jugendpsychiatrie Tübingen betreut werden, zu gelangen, führten wir die Nachuntersuchung mittels postalisch versandten Fragebögen durch.

Der Fragebogen sollte von den Eltern oder Erziehungsberechtigten des ehemaligen Patienten ausgefüllt werden. Deshalb dürften insbesondere die Daten über Familienprobleme durch die Symptome des Kindes und die Daten zum Kontaktbereich subjektiv gefärbt, d.h. weniger valide sein.([2]

Die allgemeinen Angaben darüber, wie zuverlässig postalisch erhobene Daten sind, widersprechen einander:

Harbauer hat zur "Verwendbarkeit des standartisierten Fragebogens" die Bedenken, "...daß dieses Vorgehen, mit ganz wenigen Ausnahmen, keine zuverlässige und gut brauchbare Methode repräsentiert."(Harbauer 1967 S.29).

Wheeler u.Mitarb. konnten bei der persönlichen Nachuntersuchung von 51 ehemaligen erwachsenen(!) Patienten der Psychiatrie keine statistisch signifikanten Unterschiede zu den Angaben eines vorher versandten Fragebogens feststellen. (Wheeler u.Mitarb. 1950 S.879f).

In der katamnestischen Untersuchung von Ernst"erwiesen sich ... (demgegenüber)...die brieflichen Angaben einiger(!) Patienten ... bei der nachträglichen persönlichen Untersuchung als weitgehend unzutreffend."(Ernst 1959 S.17)

Friedrichs stellt zur schriftlichen Befragung in der Sozialforschung fest: "ob auch durchdachtere und gültigere Antworten als im Interview gegeben werden, ist noch umstritten."(Friedrichs 1973 S.237)

(Forts.): der durchschnittliche Wohnraum pro Person im Jahr 1968: 1,1 Zimmer pro Person (eigene Berechnung nach Angaben des Amts für Statistik Tübingen).

([2]: Diese Vermutung stützt sich darauf, daß "in Familien mit psychisch kranken Kindern... entweder ein Elternteil oder beide Eltern an mehr oder minder starken psychischen Störungen (leiden) ", laut Geissler/Thoma ein gesichertes Ergebnis der Familienforschung.(Geissler/Thoma 1975 S.181)

Da bei der schriftlichen Befragung der Interviewer fehlt, sind einerseits (unterschiedliche) suggestive Einflüsse auf den Befragten ausgeschlossen, andererseits können dadurch die Fragen nicht erläutert werden. Allerdings kann der Befragte schriftliche Fragen stärker durchdenken, da er nicht unter Zeitdruck steht.

Ein Hinweis darauf, wie zuverlässig unsere Fragebögen beantwortet wurden, läßt sich aus folgender Tabelle ableiten, in welcher die, von den Eltern im Fragebogen angegebenen ehemaligen Einweisungsgründe mit den in den Krankenblättern beschriebenen Einweisungsgründen verglichen werden.

Anzahl der Patienten, deren Eltern im Fragebogen die ehemaligen Einweisungsgründe übereinstimmend mit den im Krankenblatt enthaltenen Einweisungsgründen angaben:

Anzahl der Einweisungsgründe laut Krankenblatt	Anzahl der übereinstimmenden Angaben im Fragebogen: 0	1	2	3	4
0	5	-	-	-	-
1	118(25%)	345(75%)	-	-	-
2	29(16%)	92(61%)	60(33%)	-	-
3	9(20%)	13(28%)	18(39%)	6(13%)	-
4	1(6%)	3(19%)	10(62½%)	2(12½%)	0

Demnach stimmen die Angaben der Eltern über die Einweisungsgründe überwiegend mit den Angaben der Ambulanzblätter bzw. Krankengeschichten überein.

Selbstverständlich können bestimmte Bereiche der persönlichen Entwicklung in einem Fragebogen, der "...klar, kurz und aus sich heraus verständlich sein (muß)" (Friedrichs, 1973 S.236) nur andeutungsweise erfasst werden.
Dazu gehören z.B wenig imponierende psychoneurotische Restbefunde. Auch können kaum Aussagen darüber gemacht werden, wie bewusst und selbständig der Jugendliche seine Umwelt gestaltet, d.h. inwiefern er(sie) seiner Umwelt als Subjekt gegenübersteht (s.Kap.II.2.4.).
Aus diesen Grenzen der postalischen Befragung folgt jedoch m.E. nicht, daß "im kinderpsychiatrischen Arbeitsbereich ...Fragebogenerhebungen, die verwertbare Spätbefunde erbringen sollen, ungeeignet (sind) " (Harbauer, 1967 S.35), wie Harbauer seine diesbezüglichen Erfahrungen zusammenfasst.

III.4.2 Die Versendung der Fragebögen

Nachdem wir die Fragen mit zum Großteil standartisierten Antworten formuliert hatten (s.Kap.V.), stellten wir daraus einen 6-seitigen Fragebogen zusammen (s. Anhang).
Die Fragebögen wurden, mit motivierenden Begleitschreiben versehen, in 2 Serien jeweils zum Wochenende verschickt. Zwei Wochen später wurden Mahnschreiben versandt, wodurch die Rücklaufquote von ca. 30% auf 52% anstieg.

III.4.3 Die erfragten Merkmale

Einleitend fragten wir die Eltern nach den Symptomen oder Problemen, welche 1969 zur Aufnahme geführt hatten. (Zur Formulierung s.Kap.V.). Anschließend wurde nach der Entwicklung dieser Probleme und nach einem möglichen Symptomwandel gefragt.
Um Hinweise auf neurotische Reste zu erhalten fragten wir einerseits nach Belastungen der Familie durch die Symptome([1]) und nach Veränderungen dieser Belastung. Andererseits

([1]: Ein heikler Bereich, weshalb auch die Frage unpräzise formuliert wurde. Bedenkt man weiterhin, daß auch die gelungene Einbeziehung eines Kindes in abnorme familiäre Beziehungen als Verminderung familiärer Belastung empfunden werden kann, muß der Charakter dieser Frage als Hinweis auf neurotische Reste infrage gestellt werden.

fragten wir nach Kontaktschwierigkeiten im außerfamiliären Bereich, nach deren Entwicklung und nach psychosomatischen Symptomen.
Weitere Fragen galten inzwischen durchgeführten Beratungen oder Behandlungen wegen Erziehungs- oder Verhaltensproblemen, wobei berücksichtigt werden muß, daß kein direkter Zusammenhang zwischen Auftreten, Stärke und Behandlung entsprechender Symtome besteht: laut 'Bericht zur Lage der Psychiatrie..." war " bei Grundschulkindern, die als verhaltensauffällig oder leistungsbeeinträchtigt ermittelt wurden ... nur für 16,5% eine zumindest diagnostische Maßnahme eingeleitet worden."(ebenda S.237).
Fragen zur schulischen und beruflichen Entwicklung sollen die soziale Integration verdeutlichen. Zum Aussagewert der sozialen Anpassung über die psychische Gesundheit s.Kap.II.

Schließlich ergeben sich aus den Fragen zu sozialen Kontakten in der Freizeit einige Anhaltspunkte darüber, wie der ehemalige Patient sein Leben gestaltet - allerdings nur in der Freizeit!
Und auch diese Anhaltspunkte sind beschränkt: so können aufgrund der Antworten keine Aussagen über Gründe, Intensität, Erlebniswert und Motivation zum Freizeitkontakt getroffen werden. Und unter den vielen Faktoren, die das Freizeitverhalten beeinflussen, ist der Gesundheitszustand nur einer.(s.dazu Schmitz-Scherzer, 1975 S.29).
Sind unsere Probanden schon verheiratet, so kann dies einerseits auf deren größere Fähigkeit zu Kontakten mit Angehörigen des jeweils anderen Geschlechts (in staatlich geregelter Form) zurückgeführt werden. Andererseits kann eine frühzeitige Heirat ein Hinweis auf schwächer entwickelte psychische Abwehrkräfte dieser ehemaligen Patienten sein: der 'Bund für's Leben' ist dann als Reaktion auf die, allein nur schwer zu ertragende "...Unwirtlichkeit einer Gesellschaft..." zu verstehen, die "...in der Ehe ein 'legales Refugium der Menschlichkeit' anzubieten scheint."(Brückner, 1974 S.57).
Zuguterletzt fragten wir noch, ob die Eltern mit der Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen zufrieden waren, welche Gründe zu Unzufriedenheit es gab, und wie die Eltern selbst den Einfluß der Beratung bzw. Behandlung auf ihr Kind und auf das Eltern-Kind Verhältnis beurteilen.

Dabei muß jedoch laut Ernst berücksichtigt werden, daß "...viele Kranke nicht zugeben (können), daß ihnen das ärztliche Gespräch geholfen habe."(Ernst u.Mitarb., 1968 S.60 - bzgl. katamnestischer Untersuchungen Erwachsener!)

Vergleicht man unsere Methodik mit den von Stokvis zusammengestellten 10 Voraussetzungen für Katamnesen in der Psychiatrie, so konnten 'nur' die 5.Forderung - 90% sollen nachuntersucht werden - und die 6. Forderung - persönliche Untersuchung des Patienten und Nachfrage beim Hausarzt - nicht erfüllt werden. (vgl. hierzu Stokvis, 1958 S.38ff).

III.5 Die mathematisch- statistische Verarbeitung

Von jedem Merkmal wurde die Häufigkeit der jeweiligen Ausprägungen erhoben, und zwar

a) von allen ehemaligen Patienten
b) von den Patienten, über welche beantwortete Fragebögen vorliegen
c) von allen Patienten, jedoch nach Einweisungsgründen unterteilt, die folgendermaßen gruppiert sind: ([1]
   1. Schulschwierigkeiten
   2. Einnässen u/o Einkoten
   3. Diverse andere Verhaltensauffälligkeiten (ohne 1.2. 5.)
   4. Diverse körperliche Beschwerden
   5. Sonstige (Entwicklungshemmung, -störung; Autismus; kindliche Psychosen)

Weiterhin wurden Mehrfeldertafeln angefertigt, um die Verteilung zweier Merkmalsausprägungen zueinander zu erfassen.

Da es sich bei unserem Datenmaterial zum größten Teil um Nominaldaten handelt, kann zur Berechnung der Unwahrscheinlichkeit eines zufälligen Zusammenhanges zweier Merkmale nur der χ^2-Test (bzw. der Fisher-Yates-Test) verwendet werden.

Der Kontingenzkoeffizient, welcher die Stärke eines nicht zufälligen Zusammenhanges angibt, wurde ebenfalls von einigen Merkmalsverbindungen berechnet.

([1]: Bei der Gruppierung der Einweisungsgründe richteten wir uns nach einer mündlichen Empfehlung von Prof. R. Lempp. Die Häufigkeit der einzelnen Einweisungsgründe sind Teil I der Gesamtuntersuchung zu entnehmen. (Leidinger)

Eine Faktorenanalyse scheidet aufgrund der Nominalskalierung unseres Datenmaterials aus.
Ebensowenig kann eine Cluster-Analyse, welche "Klumpenbildungen" von Merkmalen rechnerisch nachweist, Verwendung finden, da diese Methode eine Variablenanzahl von 2-10 voraussetzt (s. Späth, 1975 S.12).

An dieser Stelle bedanken wir uns ganz besonders bei Herrn Schubring und seinen Mitarbeitern vom Rechenzentrum der Universität Tübingen, die sich mit viel Geduld darum bemühten, unser Verständnis für statistisches Denken zu fördern und uns alle gewünschten Berechnungen, verbunden mit Hinweisen auf deren jeweilige Aussagekraft, so rasch wie möglich zukommen ließen.

IV. Daten der familiären und sozialen Situation

In diesem Kapitel sind die Daten zum familiären und sozialen Bereich tabellarisch dargestellt.

IV.1. Aufbau der Tabellen

Die Zeilen sind folgendermaßen aufgegliedert:

1. Zeile enthält die Daten aller im Jahr 1969 neuaufgenommenen Kinder
2. Zeile enthält enthält die Daten derjenigen Kinder, von welchen die weitere Entwicklung bekannt ist (52%)
3. - 7. Zeile enthalten die Daten der 1. Zeile, nach Einweisungsgründen in 5 Gruppen unterteilt: ([1]

1. Gruppe: nur Schulschwierigkeiten
2. Gruppe: Einnässen u/o Einkoten
3. Gruppe: andere Verhaltensauffälligkeiten

   (Erziehungsschwierigkeiten, Kriminalität, Diebstähle und Naschen, Aggressivität, motorische Unruhe und Konzentrationsstörung, sexuelle Auffälligkeit, Onanie, Nägelkauen, kindl. Leerlaufhandlung, Angstzustände, Zwänge, sonstige Verhaltensauffälligkeiten)
4. Gruppe: körperliche Auffälligkeiten

   (Anfälle, Absencen, Kopfschmerzen, Lähmung der Gliedmaßen, Hirnnervenstörungen, sensorische Ausfälle, Bewegungs-, Haltungsstörung, Tic, Werkzeugstörungen, spez. Sprachstörungen, sonstige körperliche Auffälligkeiten)
5. Gruppe: Entwicklungshemmung und -störung und andere

   (Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen)

Die Daten derjenigen Kinder, die wegen Einweisungsgründen aus mehreren dieser 5 Gruppen aufgenommen wurden, sind in den Zeilen 3. - 7. nicht berücksichtigt([2].

In weiteren Zeilen sind Daten aus offiziellen Statistiken angegeben, sofern sie vergleichbar sind.

([1]: Einweisungsgrund ist der von den Eltern angegebene Anlass, welcher zur Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie führte; die Symptome u/o Probleme des Kindes bzw. der Eltern gehen häufig über die Einweisungsgründe hinaus.
Diese Aufteilung in 28 Einweisungsgründe ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie so üblich; zur Häufigkeit der einzelnen Einweisungsgründe s. Teil I der Untersuchung (I.Leidinger).

([2]: 403 Patienten konnten in keine dieser 5 Gruppen eingeordnet werden; z.T. wurden sie wegen Gründen aus mehreren Gruppen eingewiesen, z.T. war kein Einweisungsgrund im Ambulanzblatt vermerkt.

Die Spalten sind gemäß den Ausprägungen des jeweiligen Merkmals unterteilt. Die Größenverhältnisse der Merkmalsausprägungen innerhalb einer Zeile sind in Klammern aufgeführt (in % der Summe der Merkmalsausprägungen je Zeile).

IV.2. Tabellen mit stichwortartigem Kommentar

IV.2.1 Häufiger Wechsel der Bezugsgruppe (Def.: s. Kap III.3.2)

	nein	ja	unbekannt
Gesamtzahl	1152(89%)	139(11%)	77
Entwicklung bekannt	625(93%)	44(7%)	42
nur Schulschwierigkeiten	160(95%)	8(5%)	1
Einnässen u/o Einkoten	80(92%)	7(8%)	3
andere Verhaltensauffälligkeiten	183(81%)	43(19%)	5
körperliche Auffälligkeiten	326(96%)	14(4%)	40
Entw.-hemmung und -störung u.a.	82(91%)	8(9%)	5

Wesentliches: 11% der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebten bis zum 10. Lebensjahr einen häufigen Wechsel der Bezugsgruppe (-person).
- Der Anteil der Kinder mit häufigem Wechsel der Bezugsgruppe unter denjenigen, deren weitere Entwicklung bekannt ist, ist geringer (7%) als insgesamt (11%).
- Von Patienten, welche wegen "anderen Verhaltensauffälligkeiten" eingewiesen wurden, wurde ein häufiger Wechsel der Bezugsgruppe doppelt bis dreimal so häufig registriert wie bei Patienten aus anderen Untergruppen.

IV.2.2 Patient ist Adoptivkind

	nein	ja	unbekannt
Gesamtzahl	1307(98%)	21(1,6%)	40
Entwicklung bekannt	680(98%)	12(1,7%)	19

Wesentliches:
- Wegen der geringen Anzahl von Adoptivkindern wurde dieses Merkmal in den Untergruppen nicht untersucht.
- Die Rücklaufquote ist bei Adoptivkindern gleich groß wie bei den anderen Kindern.

IV.2.3 Familiäre Situation der Patienten im Jahr 1969 (Tab.s.u.)

Wesentliches:

- Die Rücklaufquote ist bei Kindern, deren Eltern 1969 verheiratet waren, höher als bei anderen Kindern.
- Die Eltern von Patienten der Gruppen "andere Verhaltensauffälligkeiten" und "Einnässen u/o Einkoten" sind häufiger geschieden als die Eltern anderer Patienten.
- Relativ mehr Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Kinder im Landesdurchschnitt haben geschiedene Eltern.
- Die Merkmalsausprägung "uneheliches Kind", welche sich auf den Geburtstermin bezieht, kann nicht mit dem Kriterium "Kind lediger Eltern", welches sich auf den Erhebungszeitpunkt bezieht, verglichen werden.

IV.2.4 Überwiegender Aufenthalt der Patienten im Jahr 1969 (s.u.)

Wesentliches:

- Die Rücklaufquote ist bei Patienten, die 1969 bei ihren Eltern wohnten, höher als bei anderen Patienten.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" lebten die relativ wenigsten Kinder bei ihren Eltern (und die relativ meisten immer im Heim).
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" lebten relativ die meisten Kinder bei ihren Eltern.

IV.2.3 Familiäre Situation der Patienten im Jahr 1969

	verheiratet	geschieden	getrennt lebend	unehel. Kind	Halbwaise	Vollwaise	Sonstiges	unbekannt
Gesamtzahl	1125(86%)	59(4%)	14(1%)	55(4%)	34(3%)	2(-)	24(2%)	55
Entwicklung bekannt	615(90%)	18(3%)	3(-)	18(3%)	18(3%)	-	9(1%)	30
nur Schulschwierigkeiten	153(91%)	5(3%)	-	3(2%)	5(3%)	-	1(-)	2
Einnässen u/o Einkoten	78(88%)	5(7%)	-	1(1%)	2(2%)	-	3(3%)	3
andere Verhaltensauffälligkeiten	174(76%)	22(10%)	-	13(6%)	11(5%)	2(1%)	6(3%)	3
körperliche Auffälligkeiten	327(93%)	13(4%)	-	9(3%)	3(1%)	-	-	28
Entw.-hemmung und störung u.a.	83(90%)	2(2%)	-	4(4%)	-	-	3(3%)	3
Anzahl von Kindern in Baden-Württemberg, deren Eltern ... sind	2961,7 (90%)	78,8 (2%)	27,1 (1%)	ledig 22,8 (1%)	189,1 (6%)			

(Zahlen in Tausend; Quelle: Mikrozensus 1972, Landesamt für Statistik Stuttgart)

IV.2.4 Überwiegender Aufenthalt der Patienten im Jahr 1969

	bei den Eltern	bei 1 Elternteil	Elternteil + Stiefelt.	bei Großmutter (-eltern)	bei Verwandten	z.Zt. im Heim (Intern.)	immer im Heim	Sonst.	unbek
Gesamtzahl	1071(82%)	60(5%)	56(4%)	22(2%)	1(-)	25(2%)	33(3%)	38(3%)	62
Entwicklung bekannt	597(88%)	22(3%)	20(3%)	6(1%)	-	11(2%)	8(1%)	15(2%)	32
nur Schulschwierigkeiten	144(87%)	9(5%)	2(1%)		-	5(3%)	1(-)	4(2%)	4
Einnässen u/o Einkoten	76(87%)	4(5%)	2(2%)	mit Spalte	-	-	3(3%)	2(2%)	3
andere Verhaltensauffälligkeiten	162(71%)	15(7%)	15(7%)	Sonst. zusammengefasst	1(-)	7(3%)	9(4%)	19(8%)	3
körperliche Auffälligkeiten	313(90%)	12(3%)	5(1%)		-	3(1%)	8(2%)	7(2%)	32
Entw.-hemmung und -störung u.a.	78(85%)	1(1%)	3(3%)		-	1(1%)	2(2%)	7(8%)	3

IV.2.5 Anzahl der Kinder in der Familie der Patienten 1969

	1	2	3	4	5	6	7	8 u. mehr	unbek.
Gesamtzahl	145 11%	432 34%	331 26%	204 16%	68 5%	38 3%	33 3%	9 1%	108
Entwicklung bekannt	70 11%	229 34%	185 28%	104 16%	33 5%	20 3%	12 2%	4 1%	54
nur Schulschwierigkeiten	16 10%	55 34%	38 23%	33 20%	16 10%	5 3%	1 -	1 -	4
Einnässen u/o Einkoten	5 6%	27 31%	23 26%	15 17%	7 8%	4 5%	2 2%	4 5%	3
andere Verhaltensauffälligkeiten	31 14%	85 39%	49 22%	33 15%	4 2%	7 3%	6 3%	3 1%	15
körperliche Auffälligkeiten	38 11%	121 36%	96 28%	49 14%	14 4%	7 2%	4 1%	9 3%	42
Entw.-hemmung und -störung u.a.	16 18%	33 38%	19 22%	10 11%	6 7%	-	3 3%	-	8
Anzahl von Kindern in Familien mit ... Kindern in Baden- Württemberg	689 21%	1105 34%	774 23%	364 11%	< 349 11%			>	

(Zahlen in Tausend; Mikrozensus 1972, Landesamt für Statistik Stuttgart)

Wesentliches:

- Der prozentuale Anteil verschiedener Familiengrößen ist bei den Patienten, von welchen die Entwicklung bekannt ist, gleich groß wie bei allen Patienten.
- Patienten der Gruppe"Schulschwierigkeiten"stammen etwas häufiger aus Familien mit 4 oder 5 Kindern als der Durchschnitt der Patienten.
- Patienten der Gruppe"Einnässen u/o Einkoten" stammen häufiger aus Familien mit mehr als 4 Kindern als der Durchschnitt der Patienten.
- Patienten der Gruppen "andere Verhaltensauffälligkeiten" und "Entw.-hemmung,-störung u.a." stammen häufiger aus Familien mit 1 oder 2 Kindern als der Durchschnitt der Familien.
- Bei den Patienten mit körperlichen Auffälligkeiten entspricht die Verteilung bezüglich der Familiengröße etwa dem Durchschnitt der Patienten.
- Im Land Baden - Württemberg gibt es prozentual doppelt so viele Kinder in Familien mit 1 Kind wie im Patientengut der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen.

IV.2.6 Position in der Geschwisterreihe

	Einzel-kind	Ältestes Kind	Mittleres Kind*	Jüngstes Kind	unbekannt
Gesamtzahl	139(11%)	386(29%)	389(29%)	352(28%)	102
Entwicklung bekannt	67(10%)	202(31%)	205(31%)	188(28%)	49
nur Schul-schwierigkeiten	14(9%)	52(32%)	53(33%)	44(27%)	6
Einnässen u/o Einkoten	5(6%)	28(32%)	34(39%)	20(23%)	3
andere Verhaltens-auffälligkeiten	31(14%)	81(37%)	56(26%)	50(23%)	13
körperliche Auffälligkeiten	36(11%)	85(25%)	107(32%)	108(32%)	44
Entw.-hemmung und -störung u.a.	16(18%)	18(21%)	16(18%)	37(43%)	8
Anzahl von Kindern in Baden-Württemberg, die ... sind	688,7 (21%)	961,9 (29%)	667,0 (20%)	961,9 (29%)	

(in Tausend; eigene Berechnung nach Zahlen des Mikrozensus 1972, Landesamt für Statistik Stuttgart)

*:Mittleres Kind: in der Geschwisterreihe zwischen Ältestem und Jüngstem Kind.

Wesentliches:

- Die Verteilung der Patienten bezüglich der Position in der Geschwisterreihe ist bei denjenigen, von welchen die Entwicklung bekannt ist, beinahe dieselbe wie bei der Gesamtzahl der Patienten.
- Patienten der Gruppe "Schulschwierigkeiten" sind etwas häufiger ältestes und mittleres Kind als der Durchschnitt der Patienten.
- Patienten der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" sind seltener Einzel- und jüngstes Kind und häufiger mittleres Kind als der Durchschnitt der Patienten.
- Patienten der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" sind häufiger Einzel- und ältestes Kind als der Durchschnitt der Patienten.
- Patienten der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" sind etwas häufiger mittleres und jüngstes Kind als der Durchschnitt der Patienten.
- Im Patientengut der Kinder-u.Jugendpsychiatrie finden sich prozentual halb so viele Einzelkinder und um die Hälfte mehr mittlere Kinder als im Landesdurchschnitt.

IV.2.7 Belastung der Familie 1969

Dieses Merkmal wurde retrospektiv mittels postalischer Befragung erhoben. Die Frage lautete:
" War Ihre Familie 1969 durch die Probleme Ihres Kindes, die zur Untersuchung in der Jugendpsychiatrie geführt hatten, belastet? Gab es 1969 wegen dieser Probleme z.B. häufig Auseinandersetzungen in Ihrer Familie?"

Darauf antworteten mit

Gesamtzahl - Entwicklung bekannt	Nein -	Ja -	Ich weiß es nicht mehr	nicht*
	474(69%)	191(28%)	22(3%)	24
nur Schulschwierigkeiten*	73(75%)	22(23%)	2(2%)	2
Einnässen u/o Einkoten*	38(70%)	16(30%)	-	3
andere Verhaltensauffälligkeiten*	58(56%)	41(40%)	4(4%)	3
körperliche Auffälligkeiten*	167(82%)	30(15%)	6(3%)	10
Entw.-hemmung und störung u.a.*	29(74%)	9(23%)	1(-)	1

*:Die absoluten Zahlen beziehen sich jeweils auf diejenigen Patienten (-Eltern), welche den Fragebogen zurücksandten.

Wesentliches:

- 28% der Eltern, die diese Frage beantworteten, antworteten mit "Ja".
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde diese Frage häufiger als im Durchschnitt verneint.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurde diese Frage ähnlich wie im Durchschnitt beantwortet.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde diese Frage bedeutend häufiger als durchschnittlich bejaht.
- In den Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Entw-hemmung,-störung u.a." wurde diese Frage bedeutend häufiger bzw. häufiger als im Durchschnitt verneint.

IV.2.8 Kontaktfähigkeit 1969

Auch dieses Merkmal wurde retrospektiv erhoben.
Die Frage an die Eltern lautete:
" Fand Ihr Kind in der Zeit vor der Untersuchung 1969 in der Jugendpsychiatrie leicht Kontakt zu anderen Kindern? Konnte es damals zum Beispiel leicht mit anderen Kindern spielen oder mit Schulkameraden lernen oder mit Kollegen zusammenarbeiten?
Hatte Ihr Kind in dieser Beziehung Schwierigkeiten? "

Darauf antworteten:	Nein, überhaupt keine	Ja, geringe Schwierig-keiten	Ja, ziemliche Schwierig-keiten	Ja, sehr große Schwierig-keiten	Ich weiß es nicht mehr	nicht*
Gesamtzahl	-	-	-	-	-	
Entwicklung bekannt	332(49%)	197(29%)	102(15%)	38(6%)	15(2%)	27
nur Schul-schwierigkeiten*	44(46%)	36(38%)	12(13%)	2(2%)	2(2%)	3
Einnässen u/o Einkoten*	31(60%)	15(29%)	2(4%)	2(4%)	2(4%)	4
andere Verhaltens-auffälligkeiten*	47(45%)	33(32%)	17(16%)	7(7%)	-	2
körperliche Auffälligkeiten*	138(68%)	38(19%)	16(8%)	6(3%)	5(2%)	10
Entw.-hemmung und störung u.a.*	9(23%)	19(49%)	6(15%)	4(10%)	1(-)	1

*: Die absoluten Zahlen beziehen sich jeweils auf diejenigen Patienten (-Eltern), welche den Fragebogen zurücksandten.

Wesentliches:

- Diese Frage wurde etwa ebenso häufig mit "Nein" wie mit "Ja, ..." beantwortet.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurden häufiger als im Durchschnitt geringe Schwierigkeiten angegeben.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurden häufiger als im Durchschnitt überhaupt keine Kontaktschwierigkeiten angegeben.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" entspricht die Beantwortung dieser Frage etwa dem Durchschnitt.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurden bedeutend häufiger als im Durchschnitt überhaupt keine Kontaktschwierigkeiten angegeben.
- In der Gruppe "Entw.-hemmung" wurden bedeutend häufiger als im Durchschnitt geringe Schwierigkeiten angegeben.

IV.2.9 Berufstätigkeit der Eltern (ein oder beide Elternteile)

	kein Elternteil berufstätig	ein Elternteil berufstätig	beide Eltern auswärts berufstätig	beide Eltern zuhause berufstätig	ein Elternteil zu-Hause, ein Elternteil auswärts berufstätig	entfällt, da Heim-kind o.ä.	Sonstiges
Gesamtzahl	30(5%)	464(71%)	90(14%)	44(7%)	16(2%)	4(-)	1(-)
Entwicklung bekannt	18(6%)	235(74%)	35(11%)	22(7%)	7(2%)	1(-)	-
nur Schulschwierigkeiten	4(5%)	56(73%)	11(14%)	6(8%)	in den Einzelgruppen nicht erfasst		-
Einnässen u/o Einkoten	5(12,5%)	30(75%)	5(12,5%)	-			-
andere Verhaltensauffälligkeiten	3(3%)	85(72%)	27(23%)	3(3%)			1(-)
körperliche Auffälligkeiten	9(8%)	126(81%)	13(8%)	8(5%)			-
Entw.-hemmung und störung u.a.	-	33(82,5%)	2(5%)	5(12,5%)			-

Wesentliches:

- Die Verteilung bezüglich der Berufstätigkeit der Eltern weicht bei den Patienten, deren Entwicklung bekannt ist, nur geringfügig vom Durchschnitt der Patienten ab.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" entspricht die Verteilung dieser Merkmalsausprägungen ungefähr derjenigen der Gesamtheit der Patienten.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" war häufiger als im Durchschnitt kein Elternteil berufstätig.
- In der Gruppe"andere Verhaltensauffälligkeiten"waren häufiger als im Durchschnitt beide Eltern auswärts berufstätig (und seltener beide Eltern zuhause berufstätig).
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" war häufiger als im Durchschnitt nur ein Elternteil berufstätig.
- In der Gruppe "Entw.hemmung,-störung u.a." war häufiger als im Durchschnitt nur ein Elternteil berufstätig.

IV.2.10 Besuch des Kindergartens im Jahr 1969:

Diese Tabelle bezieht sich nur auf die Kinder im Alter bis zu 6 Jahren (Geburtsjahrgänge 69 - 62), wobei die Kinder, welche '69 schon die Schule besuchten, ausgeschlossen wurden.

	nein	ja	unbekannt
Gesamtzahl	78(49%)	82(51%)	263
Entwicklung bekannt	40(49%)	41(51%)	144
nur Schulschwierigkeiten	-	3	4
Einnässen u/o Einkoten	3	8	18
andere Verhaltensauffälligkeiten	7	17	28
körperliche Auffälligkeiten	26	14	123
Entw.-hemmung und -störung u.a.	21	12	40

Wesentliches:

- Von denjenigen Patienten, deren Entwicklung bekannt ist, waren 1969 ebenso viele im Kindergarten wie von der Gesamtheit der Patienten.

- Patienten der Gruppen "Einnässen u/o Einkoten" und "andere Verhaltensauffälligkeiten" waren im Jahr 1969 häufiger als der Durchschnitt im Kindergarten.
- Patienten der Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Entw-hemmung,-störung u.a." waren 1969 seltener im Kindergarten als der Durchschnitt der Patienten.

Da jedoch meistens unbekannt ist, ob die Patienten den Kindergarten besuchten oder nicht, dürfen diese Daten nicht überinterpretiert werden.

- In der Stadt Tübingen gab es am 31.12.1970 insgesamt 1710 Kindergartenkinder von 1976 Kindern im Alter von 3 - 6 Jahren. (Eigene Berechnung nach Angaben des Amtes für Statistik Tübingen).

(1: Patienten, die 1969 noch nicht im Kindergartenalter waren, wurden als "Ausprägung unbekannt"verschlüsselt.

IV.2.11 Ausbildung / Beruf im Jahr 1969 (Tabelle s. u.)

Wesentliches:

- Unter den Patienten, deren Entwicklung bekannt ist, waren 1969 mehr als im Durchschnitt in der Grundschule und auf dem Gymnasium und weniger in der Sonderschule.
- "Schulschwierigkeiten" wurde als einziger Einweisungsgrund häufiger bei Grundschülern und Gymnasiasten als bei Schülern anderer Schultypen angegeben.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" waren 1969 mehr Grundschüler als im Durchschnitt zu finden (was mit der Altersstruktur zusammenhängen dürfte); in dieser Gruppe waren weniger Gymnasiasten als im Durchschnitt.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" waren 1969 weniger Grundschüler als im Durchschnitt und mehr Anlernlinge, Lehrlinge, Studenten etc. zu finden.
- In der Gruppe"körperliche Auffälligkeiten" waren 1969 weniger Gymnasiasten als im Durchschnitt zu finden.
- In der Gruppe "Entw.hemmung,-störung u.a." waren 1969 mehr schulunfähige, mehr Sonderschüler und mehr Patienten der Rubrik "Sonstiges" als im Durchschnitt zu finden.

- Unter den Patienten der Jugendpsychiatrie Tübingen gab es 1969 etwa doppelt so viele Sonderschüler als im Durchschnitt der Bevölkerung. Auch waren 1969 vergleichsweise mehr Hauptschüler und Gymnasiasten im Patientengut der Jugendpsychiatrie Tübingen als in der Bevölkerung.

IV.2.11 Ausbildung / Beruf im Jahr 1969

Diese Tabelle bezieht sich auf die Kinder, die 1969 älter als 6Jahre waren (Geburtsjahrgänge bis 1963 inclusiv; Kindergartenkinder u.a. der Tab.IV.2.10 wurden ausgeschlossen).

	nicht schul-fähig	Sonder-schule	Grund-schule	Haupt-schule	Real-schule	Gym-nasium	An-lern-ling	Lehr-ling	Stu-dent	Sonsti-ges	unbekannt
Gesamtzahl	16(2%)	65(8%)	411(48%)	153(18%)	32(4%)	103(12%)	9(1%)	22(3%)	4(-)	41(5%)	83
Entwicklung bekannt	5(1%)	30(7%)	235(52%)	79(18%)	18(4%)	62(14%)	3(1%)	8(2%)	-	10(2%)	36
nur Schul-schwierigkeiten	-	6(4%)	104(65%)	16(10%)	4(3%)	26(16%)		3(2%)			2
Einnässen u/o Einkoten	-	1(2%)	38(66%)	11(19%)	3(5%)	4(7%)		1(2%)			3
andere Verhaltens-auffälligkeiten	3(2%)	14(8%)	57(33%)	33(19%)	8(5%)	22(13%)		35(20%)			7
körperliche Auffälligkeiten	1(1%)	10(6%)	82(49%)	39(23%)	8(5%)	17(10%)		10(6%)			49
Entw.-hemmung und -störung u.a.	6(33%)	5(28%)	3(17%)	1(6%)	-	-		4(22%)			3

Ausbildung der Patienten, verglichen mit der Bevölkerung

	Sonder-schule	Grund-schule		Haupt-schule	Real-schule	Gym-nasium
Gesamtzahl (Patienten über 6 Jahre)	65 (9%)	411 (54%)		153 (20%)	32 (4%)	103 (13%)
Schüler in Baden-Württemberg	44917 (3%)	545739 (42%)	Grund- und Haupt-schule	343811 (27%)	129743 (10%)	227928 (18%)
in Südwürttemberg-Hohenz.	8212 (3%)	106470 (42%)		70808 (28%)	22160 (9%)	43655 (17%)
im Landkreis Tübingen	572 (3%)	8208*13455 (41%)		5247* (26%)	2379 (12%)	3641 (18%)

Quelle: L-Amt f. Statistik Stgt.
Die Bevölkerungsdaten wurden am 15.9.1969 erhoben.
*Da in den Tabellen des statistischen Landesamtes Stuttgart für den Kreis Tübingen nur die Gesamtzahl von Grund- und Hauptschülern zu finden war, wurde diese im Verhältnis 61/39 aufgeteilt, was dem Verhältnis Grund/Hauptschülern in Baden-württemberg und in Südwürttemberg-Hohenzollern entspricht.

IV.2.12 Beruf des Vaters bzw. der Mutter bzw. der Stiefeltern im Jahr 1969 (Tabelle s.u.)

Wesentliches:

- Unter den Patienten, deren Entwicklung bekannt ist, sind im Vergleich zur Gesamtzahl der Patienten etwas mehr Kinder von Angestellten, von selbständigen Handwerkern und von freiberuflichen Akademikern, mehr Kinder von Facharbeitern, etwas weniger Kinder von Selbständigen mit einem kleinen(1) Betrieb und weniger Kinder von angelernten Arbeitern.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" finden sich gegenüber den Durchschnittswerten weniger Hilfsarbeiter-, Facharbeiter- und Angestelltenkinder und mehr Kinder von Eltern der anderen Berufsgruppen (Selbständige mit einem kleinen Betrieb ausgenommen).
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" finden sich gegenüber den Durchschnittswerten bedeutend mehr Kinder von Rentnern, Hilfs- und Facharbeitern und selbständigen Handwerkern, ebensoviele Kinder von Selbständigen mit einem kleinen Betrieb und weniger Kinder der anderen Berufsgruppen.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" ist die Verteilung der Berufsgruppen der Eltern beinahe gleich wie bei der Gesamtzahl der Patienten.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" finden sich gegenüber den Durchschnittswerten mehr Kinder von Hilfsarbeitern und Facharbeitern und weniger Kinder von Selbständigen mit einem kleinen Betrieb.
- In der Gruppe "Entw-hemmung,-störung u.a." finden sich gegenüber den Durchschnittswerten weniger Kinder von Hilfs- und Facharbeitern und von angestellten oder beamteten Akademikern mehr Kinder von Landwirten, Angestellten, selbständigen Hand-

(1):"kleine" und "große" Betriebe konnten von uns nicht immer unterschieden werden; die Grenze lag bei einer (häufig vermuteten) Anzahl von ca. 50 Betriebsangehörigen.

IV.2.12 Beruf des Vaters bzw. der Mutter bzw. der Stiefeltern im Jahr 1969
(sind beide Eltern berufstätig, Beruf des Vaters)

	Ausprägung unbekannt	kein Beruf	Rentner bzw. Pensionär	Hausfrau	Student(-in)	Hilfsarbeiter/ angelernter Arbeiter(-in)	Facharbeiter	Landwirt	Angestellter	selbständiger Handwerker	Beamter	Chef des eigenen kleinen Betriebs	angestellter oder beamteter Akademiker	freiberuflicher Akademiker	leitende Funktion in Großbetrieb oder staatlicher Institution	Chef im eigenen Großbetrieb
Gesamtzahl	114	6 (-)	27 (2%)	8 (1%)	1 (-)	298 (24%)	334 (27%)	26 (2%)	240 (19%)	52 (4%)	39 (3%)	65 (5%)	93 (7%)	29 (2%)	32 (3%)	4 (-)
Entwicklung bekannt	40	-	14 (2%)	6 (1%)	-	135 (20%)	197 (29%)	16 (2%)	135 (20%)	33 (5%)	21 (3%)	29 (4%)	48 (7%)	17 (3%)	16 (2%)	4 (1%)
nur Schulschwierigkeiten	4	-	4 (2%)			31 (19%)	38 (23%)	3 (2%)	26 (16%)	8 (5%)	4 (2%)	12 (7%)	19 (12%)	9 (5%)	11 (7%)	
Einnässen u/o Einkoten	5	-	4 (5%)			26 (31%)	27 (32%)	-	12 (14%)	6 (7%)	1 (1%)	4 (5%)	5 (6%)	-	-	
andere Verhaltensauffälligkeiten	30	-	7 (3%)			49 (24%)	53 (26%)	1 (-)	42 (21%)	8 (4%)	4 (2%)	11 (5%)	17 (8%)	5 (2%)	4 (2%)	
körperliche Auffälligkeiten	26	2 (-)	13 (4%)			94 (27%)	101 (29%)	11 (3%)	68 (19%)	11 (3%)	14 (4%)	12 (3%)	20 (6%)	3 (1%)	5 (1%)	
Entw.-hemmung und -störung u.a.	11	-	2 (2%)			17 (20%)	18 (21%)	4 (5%)	18 (21%)	6 (7%)	3 (4%)	4 (5%)	4 (5%)	4 (5%)	4 (5%)	

Von den Erwerbstätigen im Landkreis Tübingen sind ...Personen...	Arbeiter (einschl. Lehrlinge)	Ø in der BRD:	Angestellte (einschl. Lehrlinge)	Beamte	Selbständige
	31243 (50%)	52%	19597 (31%)	6191 (10%)	5491 (9%)

(Anzahl der Kinder je Berufsgruppe ist hierbei nicht berücksichtigt!
Quelle: Volkszählung 1971; Statistisches Landesamt Stuttgart)

werkern und freiberuflichen Akademikern.
- Unter den Eltern der Patienten sind im Vergleich zu den Erwerbstätigen im Landkreis Tübingen weniger Angestellte und Beamte und mehr Selbständige.
Da jedoch nicht bekannt ist, ob die Anzahl eigener Kinder in den verschiedenen Berufsgruppen im Landkreis Tübingen([1] gleich groß ist, und außerdem nur 29% der Patienten([2] aus dem Landkreis Tübingen stammen (Zillhardt, S.29, 1976), sagt dieser Vergleich relativ wenig aus.

([1]: Der Landkreis Tübingen wurde deshalb zum Vergleich gewählt, da hier mit 22,3 Patienten je 10 000 Einwohner die höchste Einzugsrate aller Land- und Stadtkreise besteht.
(Einzugsrate Südwürttemberg-Hohenzollern gesamt: 4,8 je 10000 EW
Baden- Württemberg gesamt: 1,2 je 10000 EW; a.a.O.

([2]: Diese Zahl bezieht sich auf die ambulanten Patienten des Jahres 1970

V. Die weitere Entwicklung der ehemaligen Patienten

In diesem Kapitel werden die mittels Fragebogen erhobenen Daten über die weitere Entwicklung von 711 der 1368 ehemaligen Patienten tabellarisch dargestellt und stichwortartig erläutert.

V.1 Aufbau der Tabellen

Die Zeilen sind folgendermaßen gegliedert:

1. Zeile enthält im allgemeinen[1] die Häufigkeiten der jeweiligen Antworten von allen Patienten, deren Entwicklung bekannt ist.
2. - 6. Zeile: diese Zeilen, welche nicht in allen Tabellen aufgeführt sind, enthalten die Angaben der Zeile 1. nach Gruppen gegliedert; die Kriterien der Gruppeneinteilung sind dieselben wie im Kap. IV (s.IV.1). Patienten, welche Einweisungsgründe mehrerer Gruppen aufweisen, werden (wie in Kap. IV) nicht berücksichtigt[2].

In weiteren Zeilen sind, sofern vergleichbar, Daten anderer Untersuchungen dargestellt.

Die Spalten sind gemäß den (vorgegebenen) Antwortmöglichkeiten der jeweiligen Frage unterteilt.

Die in Klammern angegebenen Prozentzahlen beziehen sich, wie in Kap. IV., jeweils auf die Summe der Merkmalsausprägungen je Zeile (ohne Zahlen der Spalte "unbekannt").

([1]: Abweichungen werden oberhalb der jeweiligen Tabelle erwähnt.

([2]: 196 der 711 Patienten, deren weitere Entwicklung bekannt ist, wurden mit Einweisungsgründen aus mehreren dieser Gruppen oder mit unbekanntem Einweisungsgrund eingewiesen.

V.2.1 Symptomentwicklung

Im Anschluß an die einleitende "Kontaktfrage" (Pflanz, 1973 S.197) nach den Problemen u/o Symptomen des Kindes, welche 1969 zur Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt hatten, fragten wir die Eltern nach der Entwicklung dieser Symptome u/o Probleme und nach möglichen neuen Symptomen

Die Frage lautete:

"Bestehen bei Ihrem Kind noch die gleichen Probleme wie im Jahre 1969 ? "

Es antworteten:

	Nein	Ja, sie haben sich aber gebessert	Ja, sie sind gleich geblieben	Ja, sie haben sich verstärkt	Unser Kind hatte 1969 keine Probleme	nicht
Entwicklung bekannt	350(50%)	221(31%)	82(12%)	25(4%)	24(3%)	9
nur Schulschwierigkeiten	59(60%)	31(31%)	8(8%)	1(1%)	-	-
Einnässen u/o Einkoten	41(73%)	11(20%)	5(9%)	-	-	-
andere Verhaltensauffälligkeiten	62(60%)	28(27%)	8(8%)	5(5%)	1(1%)	2
körperliche Auffälligkeiten	114(56%)	47(23%)	25(12%)	7(3%)	20(10%)	-
Entw.-hemmung und -störung u.a.	4(10%)	23(60%)	10(26%)	1(3%)	-	2

Wesentliches:

- In den Untergruppen wurde insgesamt eine bessere Entwicklung der Symptome angegeben (55% Nein, 27% gebessert, 11% gleich, 3% verstärkt, 4% 1969 ohne Probleme) als im Durchschnitt der Patienten. Demnach haben sich die Probleme von Patienten, welche wegen mehreren Gründen (aus mehreren der 5 Untergruppen) eingewiesen wurden, insgesamt schlechter als im Durchschnitt entwickelt.
- Im Vergleich mit unseren Ergebnissen waren Enuretiker 2-13 Jahre nach ihrer Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen zu 94% tagsüber (328 von 349) und zu 56% nachts (197 von 350) symtomfrei (Merkel-Neininger, 1974 S.27f.).
- Von insgesamt 65 Patienten der Kinder und Jugendpsychiatrie (ohne organische Störungen) berichten Bleckmann u. Mitarb. 3 Jahre nach der Vorstellung über "eindeutige Besserung" bei 71%, "Ansätze einer Besserung" bei 14% und "kein Erfolg"

bei 15% (Bleckmann u. Mitarb, 1956).

- In den Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "Einnässen u/o Einkoten" wurde in mehr als 90% Besserung oder Verschwinden der Symptome berichtet.([1]
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt angegeben, die Kinder hätten 1969 keine Probleme gehabt, was damit erklärt werden kann, daß sich in dieser Gruppe die Kinder befinden, welche wegen körperlicher Traumen konsiliarisch untersucht worden waren.
- In der fünften Gruppe, in welcher sich haupsächlich Patienten mit dem Einweisungsgrund "Entwicklungshemmung, -störung" befinden, entwickelten sich die Symptome insgesamt weniger gut als im Durchschnitt der Patienten (deren Entwicklung bekannt ist).

Die Frage nach einem Symptomwandel lautete:
"Hatte Ihr Kind nach 1969 andere seelische Beschwerden oder oder hatten Sie nach 1969 andere Schwierigkeiten mit Ihrem Kind?"

Es antworteten:	Nein	Ja	Ich weiß es nicht mehr	nich
Entwicklung bekannt	482(73%)	168(25%)	10(2%)	51
nur Schulschwierigkeiten	81(88%)	10(11%)	1(1%)	7
Einnässen u/o Einkoten	37(67%)	18(33%)	-	2
andere Verhaltensauffälligkeiten	72(73%)	23(23%)	3(3%)	8
körperliche Auffälligkeiten	157(79%)	42(21%)	1(½%)	13
Entw.-hemmung und -störung u.a.	21(60%)	14(40%)	-	5

Wesentliches:
- In den Untergruppen wurde durchschnittlich seltener (20%) diese Frage bejaht als in der Gesamtheit der Patienten (deren Entw. bek.).
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde diese Frage am häufigsten verneint.
- In den Gruppen "Einnässen u/o Einkoten" wurde diese Frage häufiger als im Durchschnitt bejaht.

Die folgende Frage nach der Art der neuen Probleme wurde i.a. von den Eltern beantwortet, welche die obige Frage bejaht hatten. Insgesamt konnten bis zu 4 neue Probleme angegeben werden. Es wurde(n) 90mal 1 neues Problem, 49mal 2 neue Probleme, 14mal 3 neue Probleme und 21mal 4 neue Probleme angegeben.

([1]: 39% der Patienten, die wegen Schulschwierigkeiten eingewiesen wurden, gingen 1977 noch zur Schule.

Die Frage nach der Art der neuen Probleme lautete:
"Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:
kreuzen Sie bitte die neuen Probleme an!"

Folgende neuen Probleme wurden angekreuzt:		Zusätzlich wurden folgende neuen Probleme angegeben:	
Unruhe und Konzentrationsstörung	39(22%)	Kriminalität	2(1%)
Kopfschmerzen	21(12%)	Nägelkauen, kindl. Leerlaufhandlungen	1(-)
Taubstummheit, Blindheit	2(1%)	Autismus	1(-)
		kindliche Psychosen	1(-)
Bewegungsstörungen, Haltungsstörungen, Tics	16(9%)	Angstzustände, Zwänge	10(6%)
Einnässen	6(3%)	sonstige Verhaltensauffälligkeiten	15(9%)
Einkoten	3(2%)	Verkehrsunfall	1(-)
Anfallsleiden, anfallsähnliche Symptome	9(5%)	sonstige körperliche Beschwerden	4(2%)
		Drogenprobleme	5(3%)
Weglaufen, Ausreißen	12(7%)	Sonstiges	2(2%)
Schulschwierigkeiten	62(36%)		
Erziehungsschwierigkeiten	37(21%)		
Aggressivität	39(22%)		
Entwicklungsrückstände	12(7%)		
Sprachstörungen, Stottern	14(8%)		

(die Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Patienten, deren Eltern neue Probleme angegeben hatten, d.h. 174; obwohl 168 Eltern die allgemeine Frage nach neuen Problemen bejaht hatten, wurde die Frage nach der Art dieser Probleme 174mal beantwortet!)

Wesentliches:

- Relativ am häufigsten gaben die Eltern als neue Probleme Schulschwierigkeiten an (36%). Es folgen Aggressivität (22%), Unruhe und Konzentrationsstörung(22%) und Erziehungsschwierigkeiten (21%).([1]

Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergibt die Summe der Prozentzahlen mehr als 100.

([1]: Der Anteil der Einweisungsgründe Schulschwierigkeiten und Aggressivität nahm auch bei den neu aufgenommenen Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren stetig zu.

V.2.2 Psychosomatische Störungen

Um einen Hinweis auf das Bestehen psychosomatischer Krankheiten bei den ehemaligen Patienten zu erhalten, fragten wir :

"Leidet Ihr Kind zur Zeit unter häufigen Kopfschmerzen?"

Es antworteten:	Nein	Ja	Ich weiß nicht	nicht
Entwicklung bekannt	471(81%)	79(14%)	32(6%)	129
nur Schulschwierigkeiten	71(88%)	9(11%)	1(1%)	18
Einnässen u/o Einkoten	41(89%)	2(4%)	3(7%)	11
andere Verhaltensauffälligkeiten	74(80%)	14(15%)	4(4%)	14
körperliche Auffälligkeiten	146(82%)	31(17%)	2(1%)	34
Entw.-hemmung und -störung u.a.	24(80%)	3(10%)	3(10%)	10

"...an chronischen Atembeschwerden?"

Es antworteten:	Nein	Ja	Ich weiß nicht	nicht
Entwicklung bekannt	477(96%)	9(2%)	12(2½%)	213

"... an Verdauungsbeschwerden?"

Es antworteten:	Nein	Ja	Ich weiß nicht	nicht
Entwicklung bekannt	467(92%)	28(5%)	15(3%)	199

Wesentliches:

- Von den Eltern, die diese Fragen beantworteten, gaben jeweils 14% häufige Kopfschmerzen, 2% chronische Atembeschwerden und 5% Verdauungsbeschwerden ihrer Kinder an.
- Kopfschmerzen wurden am häufigsten in der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" und am seltensten in der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" angegeben.

V.2.3 Entwicklung der familiären Belastung

Im Anschluß an die Frage nach einer möglichen früheren Belastung der Familie durch die Probleme([1]), fragten wir die Eltern:

"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Hat sich diese Belastung geändert?"

Es antworteten:

"Diese Belastung...	besteht nicht mehr	hat sich vermindert	ist gleich geblieben	hat sich verstärkt	hat sich sehr verstärkt"	nicht	Anzahl der Antworten der 2. Tabelle minus Anzahl der "nicht" der 1. Tabelle (je
Entwicklung bekannt	88(45%)	62(32%)	22(11%)	16(8%)	8(4%)	(515)	117
nur Schulschwierigkeiten	14(56%)	9(36%)	2(8%)	-	-	(74)	9
Einnässen u/o Einkoten	11(65%)	4(24%)	2(12%)	-	-	(40)	8
andere Verhaltensauffälligkeiten	21(52½%)	9(22½%)	6(15%)	3(7½%)	1(-)	(66)	12
körperliche Auffälligkeiten	15(52%)	8(28%)	4(14%)	2(7%)	-	(184)	48
Entw.-hemmung und -störung u.a.	1(-)	3(-)	3(-)	2(-)	-	(31)	8

"(Wenn Sie mit Nein geantwortet haben:)
Ist durch diese Probleme in der Zwischenzeit eine Belastung Ihrer Familie entstanden?"

	Es antworteten:	Nein	Ja	(nicht)	s.o., ...
Wesentliches: - Da entweder Frage 1 oder Frage 2 dieser Seite beantwortet werden kann, wurde zur Berechnung der Zahlen der "nicht"-Spalte	Entwicklung bekannt	357(90%)	41(10%)	(313)	117
	nur Schulschwierigkeiten	63(97%)	2(3%)	(34)	9
	Einnässen u/o Einkoten	30(94%)	2(6%)	(25)	8
	andere Verhaltensauffälligkeiten	49(92%)	5(9%)	(52)	13
	körperliche Auffälligkeiten	126(93%)	10(7%)	(77)	48
	Entw.-hemmung und -störung u.a.	17(74%)	6(26%)	(17)	8

die Zahl der Antworten der jeweils anderen Tabelle abgezogen (je Zeile).

([1]):s. Teil II der Gesamtuntersuchung Kap.IV.2.7

- Obwohl die Frage nach einer früheren familiären Belastung 192mal bejaht wurde, wurde die erste Frage nach einer Veränderung dieser Belastung 196mal beantwortet. Davon gaben 77% an, diese Belastung habe sich verbessert bzw. bestünde nicht mehr.
- 10% der Eltern, welche die Frage nach einer früheren Belastung verneint hatten und die zweite Frage beantworteten gaben an, inzwischen habe sich eine Belastung ihrer Familie durch die Probleme des Kindes entwickelt.
- In den Untergruppen wurde die Entwicklung der familären Belastung besser als im Durchschnitt angegeben.
- In den Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "Einnässen u/o Einkoten" hat sich - laut Angaben der Eltern - die frühere Belastung am besten entwickelt. In diesen Gruppen wurde auch seltener als im Durchschnitt eine neuentstandene Belastung der Familie angegeben.

V.2.4 Entwicklung von Kontaktschwierigkeiten

Anschließend an die Frage nach früheren Kontaktschwierigkeiten des ehemaligen Patienten (s.Teil II Kap.IV.2.8), welche insgesamt von 337 Eltern bejaht wurde, fragten wir:

"(Wenn 1969 Kontaktschwierigkeiten bestanden:)
Haben sich diese Schwierigkeiten seither verändert?"

Darauf antworteten 348 Eltern:

"Diese Schwierigkeiten...	haben sich sehr verbessert	haben sich verbessert	sind gleich geblieben	haben sich verschlechtert	haben sich sehr verschlechtert"	"Ich weiß es nicht"
Entwicklung bekannt	102(29%)	159(46%)	59(17%)	12(3%)	8(2%)	8(2%)
nur Schulschwierigkeiten	16(31%)	25(48%)	11(21%)		-	
Einnässen u/o Einkoten	13(59%)	5(23%)	2(9%)		2(9%)	
andere Verhaltensauffälligkeiten	19(33%)	28(49%)	4(7%)		6(11%)	
körperliche Auffälligkeiten	22(35%)	27(44%)	10(16%)		3(5%)	
Entw.-hemmung und -störung u.a.	4(15%)	12(44%)	10(37%)		1(4%)	

Wesentliches:

- Eine Spalte "antworteten nicht" wurde in obiger Tabelle nicht gebildet, da mehr als 337 Eltern, die diese Frage logischerweise beantworten konnten (aufgrund der Antworten der vorherigen Frage), geantwortet haben. ([1])
- In den Untergruppen wurde die Entwicklung der Kontaktschwierigkeiten insgesamt besser als im Durchschnitt angegeben (36%"sehr verbessert", 47%"verbessert").
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" antworteten die Eltern dem Durchschnitt der Untergruppen entsprechend.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurde am häufigsten "...sehr verbessert" angegeben.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde am häufigsten "..verbessert" und "...(sehr)verschlechtert" angegeben.
- In der Gruppe körperliche Auffälligkeiten" wurde in diesem Punkt eine etwas schlechtere als durchschnittliche Entwicklung (bzgl. allen Untergruppen) berichtet.
- In der Gruppe "Entw-hemmung,-störung u.a." wurde häufiger als in anderen Gruppen "...gleich geblieben" angegeben.

([1]: Demnach haben einige Eltern diese Frage nicht genau verstanden.

V.2.5 Abbruch der 1969 begonnenen bzw. vorgesohlagenen Behandlung

Nachdem wir mit einigen Fragen über die Behandlung im Jahr 1969 unser, den Krankenblättern entnommenes, Material über die Therapie vervollständigt hatten (s. Teil III der Untersuchung, S.Aumiller), fragten wir die Eltern nach einem möglichen Behandlungsabbruch.
Bei der Bewertung dieses Merkmals muß berücksichtigt werden, daß ein Behandlungsabbruch nicht automatisch als Therapiemißerfolg eingestuft werden kann. Laut Gleiss u. Mitarb. ergeben die wenigen empirischen Untersuchungen, die dieser Frage nachgehen, daß der überwiegende Teil der Patienten (Erwachsene!), welche frühzeitig eine Behandlung abbrachen, sich nicht wieder an eine andere psychiatrische Institution wandte. (Gleiss u. Mitarb., 1973 S.173).
Die Frage zu diesem Merkmal lautete:
"(Wenn 1969 eine Behandlung([1] durchgeführt wurde:)
Konnte diese in der Jugendpsychiatrie oder auswärts begonnene Behandlung zu Ende geführt werden?"
Von den 330 Eltern, welche in den vorangehenden Fragen eine Behandlung angegeben hatten, antworteten:

	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht mehr"	nicht
Entwicklung bekannt	87(36%)	130(53%)	28(11%)	85
nur Schulschwierigkeiten	12(52%)	11(48%)	-	
Einnässen u/o Einkoten	8(36%)	11(50%)	3(24%)	
andere Verhaltensauffälligkeiten	11(27%)	18(44%)	12(29%)	
körperliche Auffälligkeiten	23(28%)	54(65%)	6(7%)	
Entw.-hemmung und -störung u.a.	9(64%)	3(21%)	2(14%)	

([1]:"Behandlung" bedeutet hier: "mehrmalige Beratung oder Behandlung" in der Jugendpsychiatrie bzw."auswärtige Behandlung" beim"Hausarzt, Kinderarzt, Facharzt, Psychologen, Erziehungsberatungsstelle".(s. Teil III)

Wesentliches:

- 36% der Eltern, deren Kinder laut Angaben des Fragebogens mehrmals beraten oder behandelt wurden und die diese Frage beantworteten gaben an, daß diese Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte. Dieser Anteil ist im Durchschnitt der Untergruppen gleich groß.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten"wurde (abgesehen von der Gruppe "Entw-hemmung,-störung u.a.", die absolut sehr niedrige Zahlenwerte enthält) am seltensten ein Behandlungsabbruch angegeben.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde relativ zu den anderen Untergruppen am häufigsten ein Behandlungsabrruch angegeben.

V.2.6 Die weitere Behandlung nach 1969

Diese Daten zur weiteren Behandlung nach 1969 geben einen Hinweis auf die subjektive Therapiebedürftigkeit der ehemaligen Patienten bzw. der Eltern nach dem Ende der im Jahr 1969 begonnenen Behandlungsperiode([1]). Außerdem geht in diese Daten die unterschiedliche Versorgung mit kinder- und jugendpsychiatrischen etc. Einrichtungen in dem jeweiligen Wohngebiet mit ein.

Die Frage:
"War Ihr Kind nach der Behandlung von 1969 wieder in ambulanter Behandlung oder Beratung wegen Erziehungs- oder Verhaltensproblemen (in der Jugendpsychiatrie Tübingen oder ausserhalb) ? "
wurde folgendermaßen beantwortet:

	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht mehr"	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	498(72%)	188(27%)	2(-)	23
nur Schulschwierigkeiten	86(87%)	13(13%)	-	-
Einnässen u/o Einkoten	41(73%)	14(25%)	1(-)	1
andere Verhaltensauffälligkeiten	85(80%)	21(20%)	-	-
körperliche Auffälligkeiten	148(74%)	51(26%)	1(-)	13
Entw.-hemmung und -störung u.a.	21(54%)	18(46%)	-	1

([1]: Zum Begriff "Behandlungsperiode" s. Teil III der Untersuchung.

Wesentliches:

- 27% der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben eine spätere Behandlung an.
- In den Untergruppen wurde insgesamt seltener (24%) mit "Ja" geantwortet.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten"wurde relativ am seltensten eine spätere Behandlung angegeben, in der Gruppe "Entw.hemmung,-störung u.a." relativ am häufigsten.

Die folgende Frage lautete:
"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Wo wurde diese nach 1969 begonnene Behandlung durchgeführt?"

Es antworteten: von 188	Beim Hausarzt	Beim Kinderarzt	Beim Nervenarzt	Bei einem Psychologen	In einer Erziehungsberatungsstelle	Bei einem anderen Facharzt	In der Jugendpsychiatrie Tübingen	Bei einem Logopäden	Beim Psychotherapeut	von 188 antworteten ... nicht
Entwicklung bekannt	12 (7%)	13 (7%)	36 (20%)	32 (18%)	26 (15%)	8 (4%)	42 (23%)	6 (3%)	4 (2%)	9

Wesentliches:

- 38% der Antworten bezogen sich auf rein psychotherapeutische Beratungs- und Behandlungsinstitutionen (Psychologe, Erziehungsberatung, Logopäde, Psychotherapeut),
- 44% bezogen sich auf Nervenarzt und Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen
- 18% bezogen sich auf andere Fachärzte bzw. Hausarzt.

Auf die folgenden Fragen:
"Wie lange dauerte diese Behandlung ungefähr?"
"Wie oft wurde diese Behandlung oder Beratung durchgeführt?
Bitte geben Sie die etwaige Zahl der Beratungen an: "
"Wann wurde die letzte Behandlung durchgeführt?"
gaben die Eltern die (auf der folgenden Seite dargestellten) Antworten:

Dauer der späteren Behandlung: (in Monaten)	1	2	3-6	7-12	13-24	(bis 8 J.) 25-96	mehr als 96	keine Antwort
Entwicklung bekannt	16 (12%)	10 (7%)	20 (15%)	16 (12%)	21 (16%)	29 (21%)	23 (17%)	53 (von 188!)
nur Schulschwierigkeiten	-	-	2	2	3	-	-	
Einnässen u/o Einkoten	2	1	4	2	1	-	-	
andere Verhaltensauffälligkeiten	4	1	1	3	2	3	3	
körperliche Auffälligkeiten	1	3	7	3	5	7	9	
Entw.-hemmung und -störung u.a.	1	2	2	2	1	4	2	

Wesentliches:

- In 54% der Fälle wurde eine Behandlungsdauer der späteren Behandlung von mehr als 1 Jahr angegeben.

Anzahl der späteren Beratungen:

	1	2	3-5	6-20	21 und mehr	Durchschnitt	keine Antwort
Entwicklung bekannt	19 (17%)	9 (8%)	18 (17%)	36 (33%)	27 (25%)	19,7	79 (von 188!)
nur Schulschwierigkeiten	4	-	-	3	2		
Einnässen u/o Einkoten	1	2	4	2	1		
andere Verhaltensauffälligkeiten	5	1	2	5	1		
körperliche Auffälligkeiten	3	3	3	9	7		
Entw.-hemmung und -störung u.a.	2	-	1	6	-		

Wesentliches:

- 58 % der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben mehr als 5 spätere Beratungen an.

Zeitpunkt der letzten Beratung:

Im Jahr	1970	71	72	73	74	75	76	77	keine Antwort
Entwicklung bekannt	14 (8%)	13 (8%)	22 (13%)	15 (9%)	19 (11%)	23 (14%)	16 (10%)	45 (27%)	11(von 188)
nur Schulschwierigkeiten	3	3	-	2	1	2	1	-	
Einnässen u/o Einkoten	-	-	1	-	5	4	2	-	
andere Verhaltensauffälligkeiten	2	2	1	2	2	1	2	7	
körperliche Auffälligkeiten	6	2	4	4	6	4	4	13	
Entw.-hemmung und -störung u.a.	2	1	3	2	-	1	2	7	

Wesentliches:

- 27% der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben an, im Jahr der Nachuntersuchung (1977) sei Ihr Kind noch in der 'späteren Behandlung' gewesen.
- In der Gruppe "Körperliche Auffälligkeiten" wurde dies relativ am häufigsten angegeben.

V.2.7 Stationäre Behandlung wegen seelischer Erkrankungen.

Als Hinweis auf die subjektive Therapiebedürftigkeit interessierte zusätzlich, ob, wann und weshalb stationär behandelt wurde.

Auf die Frage:

"Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter in den vegangenen acht Jahren wegen seelischer Erkrankungen stationär im Krankenhaus behandelt?"

antworteten:	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht mehr"	nicht
Entwicklung bekannt	658(95%)	36(5%)	2(-)	15

Die Frage:

"Wie oft war Ihr Kind deshalb im Krankenhaus?"

wurde von 36 Eltern so beantwortet:

	"1 mal"	"Mehrmals"	"Ich weiß es nicht mehr"
Entwicklung bekannt	22(61%)	13(36%)	1(-)

Die Frage:
"Wann war dieser Krankenhausaufenthalt(e)?"
wurde von 22 Eltern beantwortet. Jeweils der letzte Krankenhausaufenthalt wurde verschlüsselt, wodurch sich folgendes Bild ergab:
Zeitpunkt des letzten Krankenhausaufenthaltes:

Im Jahr	1970	71	72	73	74	75	76	77	keine Angabe
Entwicklung bekannt	1	3	-	1	1	4	2	9	14(von 36 Elt., die antworten konnten)

Auf die Frage:
"Wie lange dauerten diese Aufenthalte insgesamt?"
wurde geantwortet:

"Etwa	1	2	3	4	6	8	11	12	15	22	26	27	28	40	Wochen"	nicht
Entwicklung bekannt	2	2	4	3	3	2	1	3	2	1	1	1	1	3		3(von 36)

Die Frage:
"Welche seelischen Erkrankungen waren der Grund für den Krankenhausaufenthalt?"
wurde von 33 Eltern beantwortet. Bis zu 2 Erkrankungen wurden verschlüsselt, wodurch sich folgendes Bild ergab:
17 Eltern gaben einen, 16 gaben zwei "Erkrankungen" an.
Als Erkrankungen wurde angegeben:

Kriminalität	1	sonstige Verhaltensauffälligkeiten	3 u.4*
Aggressivität	1	Anfälle, Absencen	7
sexuelle Auffälligkeit (ausser Onanie)	1	Bewegungs-, Haltungsstörung, Tic	2
Entwicklungshemmung und -störung	3	spezielle Sprachstörungen	1*
Autismus	1*	sonstige körperliche Beschwerden	3 u.1*
(kindliche) Psychosen	2u.2*	Sonstiges	2*
Einnässen	3	Drogenprobleme	1 u.1*
Weglaufen	1*		
Schulschwierigkeiten	1u.1*		
Angstzustände, Zwänge	6u.1*		

*: die mit * gekennzeichneten Zahlen geben die Anzahl der an zweiter Stelle genannten jeweiligen "Erkrankungen" an.

V.2.8 Medikamenteneinnahme

Bei der Beurteilung diese Merkmals muß berücksichtigt werden, daß die Einnahme von Medikamenten von vielen Gegebenheiten, z.B. vom Stand der medizinischen Versorgung, vom Grad der Selbstmedikation, von der Rezeptierfreudigkeit des behandelnden Arztes und letztlich vom Gesundheitszustand des Patienten abhängt.

Die Frage:
"Nimmt Ihr Sohn / Ihre Tochter zur Zeit regelmäßig Medikamente ein ?"
wurde so beantwortet:

	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht"	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	562(86%)	82(13%)	10(2%)	57
nur Schulschwierigkeiten	91(97%)	3(3%)	5	
Einnässen u/o Einkoten	49(92%)	4(8%)	4	
andere Verhalt.-auffälligkeiten	92(92%)	7(7%)	7	
körperliche Auffälligkeiten	148(81%)	35(19%)	30	
Entw.-hemmung und störung u.a.	27(71%)	11(29%)	2	

Wesentliches:
- 13% bejahten die Frage nach Medikamenteneinnahme ihrer Kinder.
- In den Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Entw.hemmung und -störung u.a." wurde diese Frage relativ zu den anderen Gruppen am häufigsten bejaht.

Die folgende Frage lautete:
"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Geben Sie bitte die Namen der Medikamente an: "
Mehrere Angaben waren möglich. Die Medikamente wurden in 6 Gruppen zusammengefasst, wobei jeweils dargestellt ist, wieviele Eltern Medikamente der jeweiligen Gruppe angaben:
Tranquilizer wurden 1mal angegeben, Neuroleptika 7mal, Thymoleptika kein einziges mal , sonstige Psychopharmaka 6mal, Medikamente zur Epilepsie-Therapie 38mal und sonstige Medikamente 37mal angegeben.

V.2.9 Ausbildung und Beruf

Wie in Kapitel II.2.4 ausgeführt wurde, kann eine "geglückte soziale Integration" allein kaum als Maßstab psychischer Gesundheit angesehen werden. Trotzdem interessieren die folgenden Daten als eigenständige Items der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten.

Von den 711 Patienten, deren Fragebögen beantwortet und zurückgeschickt wurden, waren zu Zeitpunkt der Nachuntersuchung (im Dezember 1977) 227 im schulpflichtigen Alter, d.h. jünger als 15 Jahre alt (Geburtsjahrgänge 1963 - 68). Von den Eltern dieser Patienten antworteten insgesamt drei auf die Frage: "Besucht Ihr Kind zur Zeit die Schule ? " mit "Nein", 8 beantworteten diese Frage nicht, der Rest (216) antwortete mit "Ja".
Insgesamt wurde diese Frage 342mal verneint, 344mal bejaht und 25mal nicht beantwortet.

Die Frage nach der Art der besuchten Schule:
"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
welche Schule besucht Ihr Kind ? "
wurde von 350 Eltern beantwortet, obwohl nur 344 die vorhergegangene Frage bejaht hatten, und zwar so:

	Sonder-schule	Grund-schule	Haupt-schule	Real-schule	Gymna-sium	sonst. Schule
Entwicklung bekannt	78 (22%)	9 (3%)	109 (31%)	77 (22%)	76 (22%)	3
nur Schul-schwierigkeiten	5 (14%)	-	14 (38%)	6 (16%)	12 (32%)	
Einnässen u/o Einkoten	2 (6%)	-	13 (41%)	12 (38%)	5 (16%)	
andere Verhaltens-auffälligkeiten	2 (5%)	1 (-)	11 (27%)	14 (34%)	13 (32%)	
körperliche Auffälligkeiten	13 (11%)	6 (5%)	44 (37%)	28 (24%)	28 (24%)	
Entw.-hemmung und -störung u.a.	27 (82%)	1 (-)	2 (6%)	1 (-)	2 (6%)	
Schüler der Jahrgänge 63 - 66 :	58 (31½%)		184 (68½%)			
in Baden - Württemberg am 14.9.77	34915 (5½%)		636 488 (94½%)			
Schüler der Jahrgänge 62 - 67 :	64 (27%)	6 (2%)	90 (37%)	45 (19%)	36 (15%)	
in Ba-Wü am 14.9.77	48803 (5%)		412390 (45%)	209636 (23%)	248957 (27%)	

Quelle: statistisches Landesamt, Stuttgart.

Nur die Angaben von Patienten (-Eltern) bestimmter Geburtsjahrgänge wurden mit den entsprechenden Daten derselben Geburtsjahrgänge des Landes Baden- Württemberg verglichen, da nur diese vergleichbar sind.

Wesentliches:

- Insgesamt wurde von 22% der Eltern (die diese Frage beantworteten) als Schulart "Sonderschule" angekreuzt.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt Hauptschule und Gymnasium angegeben.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurde häufiger als im Durchschnitt Hauptschule und Realschule angegeben.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde relativ am häufigsten Realschule oder Gymnasium angegeben.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" entsprachen die Angaben mit Ausnahme der Angabe Sonderschule in etwa dem Durchschnitt.
- In der Gruppe "Entw-hemmung,-störung u.a." wurde relativ am häufigsten Sonderschule angegeben.
- Im Vergleich zum Landesdurchschnitt wurde in den entsprechenden Altersgruppen mehr als 4mal so häufig Sonderschule angegeben. In der Altersgruppe der zum Untersuchungszeitpunkt 10 - 15 Jährigen finden sich laut Angaben der Eltern unter den ehemaligen Patienten, die nicht zur Sonderschule gehen, relativ weniger Gymnasiasten (20,3% zu 28,6%) und mehr Realschüler (25,4% zu 24,0%) und Haupt- und Grundschüler (54,2% zu 47,3%) als im Landesdurchschnitt.

Die Frage nach der zuletzt besuchten Schule:
"(Wenn Sie mit Nein geantwortet haben:)
In welcher Schule war Ihr Kind zuletzt ? "
wurde von 327 Eltern beantwortet. Da zum Befragungszeitpunkt alle ehemaligen Patienten im schulpflichtigen Alter oder älter waren, wären insgesamt laut Antworten der eingangs gestellten Frage 342 Antworten möglich gewesen.
(Die Antworten sind auf der folgenden Seite dargestellt)

Die Antworten auf die Frage nach der zuletzt besuchten Schule lauteten:

	Sonder-schule	Grund-schule	Haupt-schule	Real-schule	Gymna-sium	Unser Kind war nicht schul-fähig	keine Antwort
Entwicklung bekannt	50 (15%)	2 (1%)	166 (51%)	49 (15%)	56 (17%)	4 (1%)	15
nur Schul-schwierigkeiten	1 (2%)	1 (2%)	37 (63%)	10 (17%)	10 (17%)		
Einnässen u/o Einkoten	2	-	9	3	4		
andere Verhaltens-auffälligkeiten	10 (17%)	-	27 (45%)	7 (12%)	16 (27%)		
körperliche Auffälligkeiten	12 (16%)	1 (1%)	40 (53%)	11 (15%)	11 (15%)		
Entw.-hemmung und -störung u.a.	3	-	2	-	1		

Schulentlassungen in Ba-Wü in den Jahren 1974-77 (inclusiv) insgesamt	aus Sonder-schulen	aus Haupt-schulen	aus Real-schulen*	aus Gymna-sien**
	28148 (6%)	258821 (55%)	85072 (18%)	102224 (22%)

*: Entlassungen aus Realschulen mit Mittlerer Reife.
**: Entlassungen aus allgemeinbildenden Gymnasien mit Mittlerer Reife zuzüglich Entlassungen aus Gymnasien u.a. mit allgemeiner oder fachgebundener Hochschulreife.

Eigene Berechnungen nach Angaben des statistischen Landesamtes Stuttgart.

Wesentliches:

- Insgesamt waren auch hier laut Angaben der Eltern Sonderschulkinder relativ häufig (15%) vertreten.
- In den Untergruppen fanden sich relativ weniger Sonderschulkinder als im Durchschnitt (13% gegenüber 15%). D.h., daß Kinder mit Einweisungsgründen aus mehreren dieser 5 Gruppen häufiger als im Durchschnitt (laut Eltern-Angaben) zuletzt in der Sonderschule waren.
- Verglichen mit den Durchschnittswerten in Baden- Württemberg zwischen 1974 und 1977 wurden mehr Patienten aus Sonderschulen entlassen. Unter denen, die nicht aus der Sonderschule entlassen wurden, befanden sich gegenüber dem Landesdurchschnitt etwas weniger Gymnasiasten (20,6% gegenüber 22,9%), etwas weniger Realschüler(18,1 gegenüber 19,1%) und mehr Hauptschüler (61,2% gegenüber 58,0%).

Die Frage nach einer abgeschlossenen Schulausbildung: "Hat Ihr Kind einen Schulabschluß? " beantworteten von den 342 Eltern, deren Kinder zum Untersuchungszeitpunkt laut eigenen Angaben nicht die Schule besuchten, 322 Eltern; 37 (11%) dieser Eltern antworteten "Nein", 285 (89%) dieser Eltern gaben an, Ihre Kinder hätten einen Schulabschluß. Insgesamt wurde diese Frage 391mal beantwortet, 73mal (19%) mit "Nein", 318mal mit "Ja".

Die folgende Frage nach der Art des Schulabschlusses wurde insgesamt 323mal beantwortet.

Die Frage lautete:

"(Wenn Ihr Kind einen Schulabschluß hat:)
Um welchen Abschluß handelt es sich ? "

Es antworteten:	Sonder-schul-abschluß	Haupt-schul-abschluß	Real-schul-abschluß	Fachhoch-schul-reife	Abitur
Entwicklung bekannt	30(9%)	180(56%)	62(19%)	18(6%)	33(10%)
nur Schul-schwierigkeiten	2(4%)	36(61%)	13(22%)	2(4%)	6(10%)
Einnässen u/o Einkoten	2	11	4	-	4
andere Verhaltens-auffälligkeiten	9(13%)	30(45%)	12(18%)	4(6%)	12(18%)
körperliche Auffälligkeiten	6(7%)	46(56%)	17(21%)	7(9%)	6(7%)
Entw.-hemmung und -störung u.a.	-	4	-	1	-
Abschluß der Kinder, die nicht (mehr) zur Schule gehen					
Schulabschlüsse in Ba-Wü 1974 bis 1977(einschließlich) insgesamt	28148* (5%)	225357 (43%)	169463** (33%)	13185*** (3%)	82515 *4 (16%)

* : Entlassungen aus Sonderschulen
** : Mittlere Reife einschließlich Fachschulreife
***: Die Anzahl an Fachholschulreifeprüfungen, die in Ba-Wü abgelegt wurden, nahm von 1753 im Jahr 1974 auf 5206 im Jahr 1977 zu.
*4 : allgemeine und fachgebundene Hochschulreife

Eigene Berechnungen nach Angaben des statistischen Landesamtes Stuttgart.

Wesentliches:

- Diese Frage wurde auch von Eltern beantwortet, deren Kinder nach dem angegebenen Schulabschluß weiterhin oder wieder zur Schule gehen; dadurch wird ein Vergleich mit Zahlen der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs erschwert.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde seltener als im Durchschnitt "Sonderschulabschluß" angekreuzt und häufiger als im Durchschnitt ein Haupt- oder Realschulabschluß angegeben.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde häufiger als in den anderen Gruppen und häufiger als im Durchschnitt "Sonderschulabschluß" und "Abitur" angegeben.
- Die Verteilung der Antworten in der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" entspricht in etwa dem Durchschnitt.

Die Frage nach der Berufsausbildung:
"Ist Ihr Sohn/ Ihre Tochter zur Zeit in einer Berufsausbildung oder war er/sie früher in einer Berufsausbildung? "
wurde folgendermaßen beantwortet:

	Nein, er/sie geht noch zur Schule	Nein, er/sie ist nicht schul- oder arbeitsfähig	Nein, er/sie arbeitet in einem Anlernberuf	Nein, aus anderen Gründen:*	Ja	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	343(50%)	11(2%)	23(3%)	37(5%)	274(40%)	23
nur Schulschwierigkeiten	36(39%)	-	4(4%)	2(2%)	51(55%)	6
Einnässen u/o Einkoten	31(54%)	-	-	4(7%)	22(39%)	-
andere Verhaltensauffälligkeiten	40(38%)	3(3%)	4(4%)	4(4%)	54(51%)	1
körperliche Auffälligkeiten	118(58%)	4(2%)	2(1%)	14(7%)	65(32%)	10
Entw.-hemmung und -störung u.a.	33(85%)	-	1(-)	-	5(13%)	1

* : andere Gründe waren insgesamt: 8mal Arbeit in einer Behindertenwerkstatt, 7mal Wehr- bzw. Zivildienst, 4mal Straffälligkeit, 2mal Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik und 16mal Sonstiges (Hausfrau, Praktikant etc.)

Wesentliches:

- 7% der Patienten, die laut Angaben der Eltern schul- oder arbeitsfähig sind und nicht zu Schule gehen, arbeiten in einem Anlernberuf (laut Elternangaben).
- In der Gruppe"Schulschwierigkeiten"beträgt dieser Prozentsatz ebenso 7%, in der Gruppe"andere Verhaltensauffälligkeiten"6½%, in der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" ist dieser Anteil 2½%.

Die anschließende Frage:
"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Um welche Ausbildung handelt es sich ? "
wurde so beantwortet:

Entwicklung bekannt	Um eine Lehre 211(82%)	Um eine Ausbildung zum...* 15(6%)	Um ein Studium der... 30(12%)	nicht beantwortet 18 (von 274)**
nur Schulschwierigkeiten	41(84%)	2(4%)	6(12%)	2 (von 51)
Einnässen u/o Einkoten	18(81%)	2(9%)	2(9%)	0 (von 22)
andere Verhaltensauffälligkeiten	37(76%)	2(4%)	10(20%)	5 (von 54)
körperliche Auffälligkeiten	47(80%)	5(8%)	7(12%)	6 (von 65)
Entw.-hemmung und -störung u.a.	4	1	-	

*: In diese Spalte wurde jede Berufsausbildung eingeordnet, die keine Lehre ist, jedoch ebensoviel oder mehr schulische Allgemeinbildung voraussetzt, die aber auch kein Studium an einer Hochschule ist.
**: Die jeweilige Bezugszahl findet sich in der vorhergehenden Tabelle in der Spalte "Ja".

Wesentliches:

- Insgesamt gaben 82% der Eltern, deren Kinder laut eigenen Angaben früher oder zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Berufsausbildung waren (und die diese Frage beantworteten) an, diese Berufsausbildung sei eine Lehrlingsausbildung.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt "Studium" als Art dieser Berufsausbildung angegeben.

Die Frage nach dem Abschluß der Berufsausbildung:
"Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine abgeschlossene Berufsausbildung?" wurde so beantwortet:

Entwicklung bekannt	Nein, er/sie ist noch in Ausbildung 167(56%)	Nein, die Ausbildung wurde abgebrochen 32(11%) (25%)	Ja 97(33%) (75%)	nicht beantwortet 16 (von 274)
nur Schulschwierigkeiten	diese Spalte wurde in den Untergruppen nicht aufgeteilt	-	11	
Einnässen u/o Einkoten		4(50%)	4(50%)	
andere Verhaltensauffälligkeiten		8(26%)	23(74%)	
Entw.-hemmung und -störung u.a.		6(16%)	31(84%)	
Sonstige Einweisungsgründe		1	-	

Wesentliches:
- Insgesamt beträgt das Verhältnis von Ausbildungsabbrechern zu Kindern mit abgeschlossener Berufsausbildung laut Angaben der Eltern 1 zu 3.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurde von insgesamt 8 Angaben 4mal ein Ausbildungsabbruch angegeben.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde seltener als im Durchschnitt ein Ausbildungsabbruch angegeben.

Die Frage "Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter zur Zeit berufstätig?" wurde insgesamt 479mal beantwortet. Da jedoch nur die Antworten der Eltern interessieren, deren Kinder laut eigenen Angaben weder "zu jung" sind noch zum Untersuchungszeitpunkt die Schule besuchen oder eine Berufsausbildung absolvieren, werden insgesamt nur 61 Antworten dargestellt, die sich folgendermaßen verteilen:

Nein, weil er/sie zu jung ist: wurde nicht ausgewertet
Nein, aus anderen Gründen : 22(36%)
Ja : 39(64%)

Erwähnenswert ist, daß nur 64% der Eltern, deren Kinder zum Untersuchungszeitpunkt nicht in einer Schul- oder Berufsausbildung waren angaben, ihr Kinde würde zur Zeit arbeiten.

Die Frage nach einer möglichen Arbeitslosigkeit:
"War Ihr Sohn/Ihre Tochter in den vergangenen zwei Jahren arbeitslos ? " wurde so beantwortet:

	Nein - er/sie ist noch zu jung	Nein - er/sie war nicht arbeitslos	Ja	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	149(31%)	279(58%) (84%)*	54(11%) (16%)*	229
nur Schul-schwierigkeiten	16	50 (93%)*	4 (7%)*	29
Einnässen u/o Einkoten	13	16 (80%)*	4 (20%)*	24
andere Verhaltens-auffälligkeiten	15	45 (75%)*	15 (25%)*	31
körperliche Auffälligkeiten	54	79 (89%)*	10 (11%)*	70
Entw.-hemmung und -störung u.a.	18	5	1	16

*: Die mit * gekennzeichneten Prozentangaben beziehen sich jeweil auf die Anzahl der Antworten "...nicht arbeitslos" zuzüglich "Ja"

Wesentliches:

- Von den Kindern, die laut Angaben der Eltern nicht "zu jung" waren, waren angeblich 16% in den vergangenen zwei Jahren arbeitslos.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" ist dieser Anteil geringer, in der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" höher als im Durchschnitt.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" ist dieser Prozentsatz etwas geringer als im Durchschnitt.
- Diese Angaben können nicht mit den üblichen Angaben der Arbeitsämter verglichen werden, da es sich bei diesen Angaben nur um die gemeldeten arbeitslosen Jugendlichen meldet, die Dunkelziffer jedoch bedeutend sein soll. Außerdem wird offiziell i.a. die Arbeitslosenquote zu einem bestimmten Stichtag angegeben ([1], unsere Befragung bezieht sich jedoch auf einen Zeitraum.

([1]: So betrug - laut "Mitteilungen des Landesarbeitsamtes 09/77" - die Arbeitslosigkeit im Alter unter 20 Jahren am 21. Sept. 77 in Baden- Württemberg 3,1%.

Die daran anschließende Frage nach der Dauer der Arbeitslosigkeit:
"(Wenn Ja,) wieviele Monate insgesamt?"
wurde so beantwortet:

"Etwa...	2	3	4	5	6	7	8	mehr als 8 Mon
Entwicklung bekannt	9 (19%)	7 (15%)	3 (6%)	3 (6%)	8 (17%)	3 (6%)	5 (11%)	9 (19%)

Erwähnenswert ist hierbei, daß 47 Eltern diese Frage beantworteten, obwohl 54 Eltern angegeben hatten, Ihr Kind sei in den vergangenen 2 Jahren arbeitslos gewesen.

Bei der Beurteilung der folgenden Daten über die Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit muß berücksichtigt werden, daß nicht alle Kranken als schul- bzw. arbeitsunfähig gelten.([1]
Die Frage lautete:
"Wieviele Wochen war Ihr Sohn/Ihre Tochter im Jahr 1976 durch Krankheit aller Art (z.B.Grippe) nicht schul- bzw. arbeitsfähig ? Bitte geben Sie die etwaige Zahl der Wochen an: "

...Wochen	0	1	2	3	4	5	6	7	mehr als 7	kei Ang be
Entwicklung bekannt	188 (38%)	113 (23%)	98 (20%)	47 (9%)	22 (4%)	3 (1%)	12 (2%)	3 (1%)	13 (3%)	21
nur Schul-schwierigkeiten	33 (49%)	18 (27%)	10 (15%)	3 (5%)	1 (1%)			2 (3%)		3
Einnässen u/o Einkoten	18 (45%)	7 (17½%)	10 (25%)	3 (7½%)	2 (5%)			-		1
andere Verhaltens-auffälligkeiten	29 (37%)	16 (21%)	16 (21%)	6 (8%)	3 (4%)			8 (10%)		2
körperliche Auffälligkeiten	50 (34%)	36 (25%)	30 (20%)	15 (10%)	7 (5%)			9 (6%)		6
Entw.-hemmung und -störung u.a.	12 (37½%)	8 (25%)	7 (22%)	3 (9%)	-			2 (6%)		

([1]: In dem 1969/70 in Baden- Württemberg durchgeführten "Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung" wurden von 31000 Mitgliedern der AOK, die nicht krank gemeldet waren und ihrer Arbeit nachgingen, 10,4% der Männer und 12,3% der Frauen von niedergelassenen Ärzten dem Gesamteindruck nach als kränklich eingestuft. Bei 19,6% der Männer und bei 22,1% der Frauen wurde eine Weiterbehandlung durch den Facharzt für notwendig erachtet. (Garrett-Bleek u.Mitarb., 1976).

Demnach betrug die durchschnittliche Dauer der Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit im Jahr 1976:

Entwicklung bekannt - insgesamt:	1,5 Wochen*		
Derjenigen, die arbeits bzw. schulunfähig waren:	2,4 Wochen*		
Pflichtversicherte der AOK waren im Jahr 1975 durchschnittlich ... Tage arb.unfähig	Männer	Frauen	im Alter..
	12,78	15,41Tage	unter 15 Jahre
	13,69	13,29Tage	15 - 20 Jahre
	15,91	16,03Tage	20 - 25 Jahre
Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit im Jahr 1972; Ergebnis einer Repräsentativbefragung.***	14,5 Arbeitstage (16-29 Jahre alt) (bezogen auf die Zahl der Kranken)		
	6,1 Arbeitstage (16-29 Jahre alt) (bezogen auf alle Berufstätigen)		

*: Bei der Berechnung wurden die 13 Angaben "mehr als 7 Wochen" mit jeweils 8 Wochen berechnet.
**:laut Angaben aus Statistiken der AOK Tübingen
***:laut"Daten des Gesundheitswesens", Ausgabe 1977 S.61ff; Die Frage lautete:"Und könnten Sie noch sagen, an wieviel Arbeitstagen Sie im Jahr 1972 wegen Krankheit nicht im Beruf arbeiten konnten? "

Wesentliches:

- 62% der Eltern, die diese Frage beantwortet haben gaben eine Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit Ihrer Kinder durch Krankheit an. Auf eine ähnliche Frage in einer Repräsentativbefragung im Jahr 1973 gaben dagegen 42% der 16-29 Jährigen an, wegen Krankheit im vergangenen Jahr arbeitsunfähig gewesen zu sein.([1](Daten des Gesundheitswesens,1977 S.63)
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt 1Woche und keine Woche angegeben.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurde häufiger als im Durchschnitt keine Woche angegeben.
- In den übrigen Untergruppen entsprach die Verteilung der Angaben in etwa dem Durchschnitt.
- Die durchschnittliche Dauer der Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit war laut Angaben der Eltern bedeutend größer als die Arbeitsunfähigkeitsdauer wegen Krankheit in vergleichbaren Untersuchungen.

([1]: Die Frage der Repräsentativbefragung lautete:"Erinnern Sie sich - waren Sie im vergangenen Jahr 1972 einmal so krank, daß Sie nicht im Beruf arbeiten konnten?"

V.2.10 Familienstand

Bevor der Familienstand der ehemaligen Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung dargestellt wird sei noch einmal daran erinnert, daß der Umstand, verheiratet zu sein, hinsichtlich psychischer Gesundheit verschieden interpretiert werden kann (vgl. Kap. III.4.3).

In den Tabellen sind nur die Patienten berücksichtigt, die zum Untersuchungszeitpunkt (Dez.1977) 18 Jahre alt und älter waren (Geburtsjahrgänge bis 1959). Von den jüngeren Patienten und Patientinnen war im Übrigen keine(r) verheiratet etc. (laut Angaben im Fragebogen).
Die Frage zum Familienstand wurde so beantwortet:

"Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter...

	ledig?	verheiratet?	verheiratet, aber getrennt lebend?	geschieden?	verwitwet?"	
Entwicklung bekannt u.älter als 18 Jahre	249 (89%)	30 (11%)	1	1	-	10

Nach Geburtsjahrgängen aufgeschlüsselt ergibt sich:

Jahrgang	ledig (ehemalige Patienten)	verheiratet (ehemalige Patienten)	ledig (im Kreis Tübingen)	verheiratet (im Kreis Tübingen)	davon Männer:
1946-53	20	7			
54	23(74%)	8(26%)	3299(78%)	906(22%)	274
55	23(82%)	5(18%)	3429(85%)	627(15%)	156
56	26	-	3668(88%)	491(12%)	98
57	31(82%)	7(18%)	3182(91%)	310(9%)	54
58	56(98%)	1(2%)	2780(94%)	174(6%)	27
59	70(99%)	1(1%)	2414(98%)	61(2%)	1
insgesamt:	249(89%)	30(11%)	18772(88%)	2569(12%)	610
davon sind Frauen:	70(79%)	19(21%)	8763(82%)	1959(18%)	
Männer:	179(94%)	11(6%)	10009(94%)	610(6%)	

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des statistischen Landesamtes, Stuttgart - Erhebungstag:31.12.1977

Wesentliches:

- Die älteren Patienten waren zum Untersuchungszeitpunkt laut Fragebogenergebnissen etwas häufiger als der Durchschnitt der Wohnbevölkerung im Kreis Tübingen verheiratet, die jüngeren Patienten etwas seltener.
- Die Frauen unter den ehemaligen Patienten waren laut Fragebogenergebnissen häufiger, die Männer ebenso häufig wie der Durchschnitt der Bevölkerung verheiratet.

Die Frage nach eigenen Kindern:
"Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Kinder ?"
wurde insgesamt 562mal beantwortet. 18(3%) Eltern antworteten mit "Ja", 544(97%) Eltern mit "Nein".

V.2.11 Wohn - Ort (zuhause, Heim etc.)

Hier interessierte uns insbesondere, wieviele ehemalige Patienten zum Untersuchungszeitpunkt in Heimen untergebracht waren.
Aus dem Umstand, daß Kinder im eigenen Zimmer/Wohnung wohnen, kann nur äußerst vorsichtig auf den Kontakt zu den Eltern geschlossen werden, da intervenierende Variablen wie z.B. Ort der Berufsausbildung, Größe der elterlichen Wohnung etc. nicht berücksichtigt werden konnten. Des weiteren müßte bekannt sein, ob die elterliche Familie psychopathologische Strukturen aufweist (und welche), um den Kontakt zur Familie als Hinweis auf die psychische Gesundheit des ehemaligen Patienten verwenden zu können.
Die Frage hierzu lautete:
"Wo wohnt Ihr Kind heute ? "

Es antworteten:	Zuhause, bei den Eltern	Im eigenen Zimmer/ Wohnung	In einem Heim"	Voll- zugsan- stalt	Internat	Wohnheim, -gruppe	Kaserne	Bei den Groß- eltern	Wohn-Ort unbekannt	nicht
Entwicklung bekannt	549 (80%)	73 (11%)	39 (6%)	6 (1%)	10 (1%)	6 (1%)	3 (-)	1 (-)	2 (-)	22
nur Schul- schwierigkeiten	81 (84%)	10 (10%)	2 (2%)			4 (4%)				2
Einnässen u/o Einkoten	45 (81%)	3 (5%)	3 (5%)			4 (7%)				2
andere Verhaltens- auffälligkeiten	72 (70%)	20 (20%)	5 (5%)			6 (6%)				3
körperliche Auffälligkeiten	175 (85%)	16 (8%)	8 (4%)			6 (3%)				8
Entw.-hemmung und -störung u.a.	35 (87½%)	-	4 (10%)			1 (2½%)				-

Wesentliches:

- 6% der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben an, Ihr Kind wohne z.Zt. in einem Heim.

- Der unterschiedliche Anteil an Kindern, die laut Angaben der Eltern im eigenen Zimmer/Wohnung wohnen, in den einzelnen Untergruppen entspricht in etwa den Relationen im Altersaufbau der Untergruppen; d.h., daß in den Gruppen mit einem größeren Antail an Kindern, die im eigenen Zimmer/Wohnung wohnen auch der Anteil an Kindern im Alter über 18 Jahre größer ist.

V.2.12 Freizeit - Kontakte

Wurde zu Beginn des Fragebogens nach einer Veränderung der "sozialen Leistungsfähigkeit" als Hinweis auf eine Veränderung früherer neurotischer Tendenzen gefragt (s.Kap.V.2.4), so interessiert an dieser Stelle der realisierte (Freizeit-) Sozialkontakt.
Da bei Neurotikern "...im großen ganzen..." die soziale (u.a.) Leistungsfähigkeit "...unterhalb ihrer eigentlichen Möglichkeiten liegt"(Redlich Freedman, 1976 S.511), die eigentliche Möglichkeit jedoch von uns nicht eingeschätzt werden konnte, sollen hier behelfsweise die Angaben der ehemaligen Patienten mit Ergebnissen anderer Untersuchungen verglichen werden.

Die Frage lautete:
"Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Bekannten oder Freunden ? "

	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht"	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	169(26%)	458(69½%)	32(5%)	52
nur Schulschwierigkeiten	18(19%)	74(79%)	2(2%)	5
Einnässen u/o Einkoten	10(20%)	39(76%)	2(4%)	6
andere Verhaltensauffälligkeiten	23(23%)	66(65%)	13(13%)	4
körperliche Auffälligkeiten	46(25%)	135(72%)	6(3%)	32
Entw.-hemmung und -störung u.a.	22(44%)	17(56%)	-	1

Freizeitbindung "an ..... " in% (laut E.K.Scheuch u.Mitarb.,1972 S.252) von Jugendlichen.	niemanden	mehrere	einen	Freizeitpartner
	19%	45%	36%	

Wesentliches:

- Verglichen mit dem dargestellten "Profil alltäglichen Freizeitverhaltens" Jugendlicher gaben die Eltern unserer Patienten häufiger keine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Freunden an. Jedoch ist auch der Anteil der Kinder, die eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Freunden... haben höher als der Anteil Jugendlicher in der zitierten Untersuchung, welche mehrere Freizeitpartner haben.
- In den Untergruppen "nur Schulschwierigkeiten" und "Einnässen u/o Einkoten" ist der Anteil an Kindern, die laut Angaben der Eltern eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Freunden haben, höher als im Durchschnitt.
- In der Gruppe "Entw-hemmung,-störung u.a." ist dieser Anteil geringer als im Durchschnitt.

Die anschließende Frage:
"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Wie oft trifft sich ihr Kind mit seinen Freunden ? "
wurde so beantwortet:

	täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	seltener	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	98(20%)	261(54%)	97(20%)	28(6%)	227
nur Schulschwierigkeiten	10(12%)	52(64%)	14(17%)	5(6%)	18
Einnässen u/o Einkoten	8(20%)	20(49%)	8(20%)	5(12%)	16
andere Verhaltensauffälligkeiten	19(26%)	34(46%)	18(24%)	3(4%)	32
körperliche Auffälligkeiten	31(22%)	81(57%)	24(17%)	6(4%)	71
Entw.-hemmung und -störung u.a.	4	7	5	1	23

Jugendliche in Friedrichshafen, die eine Clique (bzw. Freundes- u. Bekanntenkreis) haben, treffen sich : durchschnittlich 3-4mal pro Woche
(Schilling, 1974 S.143)

Wesentliches:

- Die Angaben der Eltern, die diese Frage beantworteten, entsprechen in etwa den Ergebnissen der Friedrichshafener Untersuchung.

- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde seltener als im Durchschnitt "täglich" und entsprechend häufiger "mehrmals pro Woche" angegeben.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurde seltener als im Durchschnitt "mehrmals pro Woche" und entsprechend häufiger "seltener" angegeben.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde relativ am häufigsten "täglich" und "einmal pro Woche" angegeben. Die anderen Angaben waren entsprechend seltener.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde relativ am häufigsten "täglich" oder "mehrmals pro Woche" angegeben.

Das Merkmal "Vereinsmitgliedschaft", welches auch hinsichtlich psychischer Gesundheit gegensätzlich interpretiert werden kann([1]), wurde folgendermaßen erfragt:
"Ist Ihr Kind Vereinsmitglied ? "
Die Antworten lauteten:

Entwicklung bekannt	"Nein" 340(52%) (53%)*	"Ja" 298(46%) (47%)*	"Ich weiß es nicht" 11(2%)	nicht beantwortet 62
nur Schulschwierigkeiten	48(52%)	44(48%)	7	
Einnässen u/o Einkoten	19(39%)	30(61%)	8	
andere Verhaltensauffälligkeiten	47(49%)	49(51%)	10	
körperliche Auffälligkeiten	91(50%)	92(50%)	30	
Entw.-hemmung und -störung u.a.	27(79%)	7(21%)	6	
Vereinsmitgliedschaft Jugendlicher in Friedrichshafen **	:19(63%)	11(37%)		
laut Blücher (1955) ***	: ca. 50%	50%		

*: Prozentangaben bei Nichtberücksichtigung der Spalte "Ich weiß es nicht"
**:Quelle: Schilling, 1974 S.152
***: Zitiert nach Schmitz-Scherzer, 1974 S.60

([1]: Vereinsmitglieder können organisiert sein, weil sie sonst schwer Kontakt finden oder weil sie "geselliger" als Nicht-Vereinsmitglieder sind. Empirische Untersuchungen dazu sind uns nicht bekannt.

Wesentliches:

- Die Verteilung der Antworten entspricht den Angaben von Blücher, der laut Schmitz-Scherzer(1974) bei Jugendlichen in ca. 50% der Fälle eine Vereinsmitgliedschaft festgestellt hat.
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" sind mehr Kinder (laut Angaben der Eltern) als im Durchschnitt Vereinsmitglied, in der Gruppe "Entw-hemmung,-störung u.a." ist dieser Anteil geringer als im Durchschnitt.

V.2.13 Urteil der Eltern über die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen

Zusätzlich zu Teil III der Gesamtuntersuchung, in welchem wir spezielle Zusammenhänge zwischen der Behandlung und der weiteren Entwicklung darstellen, interessiert uns das Urteil der Eltern über die Behandlung und deren Auswirkungen, weshalb wir folgende Fragen stellten:

"Waren Sie mit der Beratung / Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen zufrieden ? "

Die Antworten lauteten:

"Wir waren mit der Beratung/Behandlung	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	un-zufrieden	Ich weiß es nicht mehr	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	136(20%)	307(46%)	112(18%)	58(9%)	53(8%)	62
nur Schulschwierigkeiten	22(24%)	45(49%)	10(11%)	7(8%)	8(9%)	7
Einnässen u/o Einkoten	9(17%)	26(49%)	8(15%)	6(11%)	4(8%)	4
andere Verhaltensauffälligkeiten	16(16%)	52(51%)	16(16%)	8(8%)	10(10%)	4
körperliche Auffälligkeiten	46(24%)	90(47%)	23(12%)	14(7%)	20(10%)	20
Entw.-hemmung und -störung u.a.	6(16%)	13(35%)	12(32%)	4(11%)	2(5%)	3

Wesentliches:

- 66% der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben an, mit der Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen zufrieden oder sehr zufrieden gewesen zu sein.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" war dieser Anteil um 7% größer als im Durchschnitt.

- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurde im Vergleich mit den durchschnittlichen Antworten etwas seltener sehr zufrieden und weniger zufrieden und entsprechend häufiger zufrieden und unzufrieden angegeben.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde seltener als im Durchschnitt sehr zufrieden und entsprechend häufiger zufrieden angegeben.
- in der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt sehr zufrieden und seltener weniger zufrieden angegeben.
- In der Gruppe "Entw-hemmung,-störung u.a." war die Zufriedenheit der Eltern insgesamt geringer als im Durchschnitt der Patienten.

Die Frage nach den Gründen der Unzufriedenheit lautete:
"(Wenn Sie mit der Beratung / Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen weniger zufrieden oder unzufrieden waren, beantworten Sie bitte die Fragen a) bis f))

a) Waren Sie unzufrieden oder weniger zufrieden, weil die Probleme Ihres Kindes immer noch bestehen ?"

81 Eltern antworteten hierauf mit "Nein" (48%),
88 Eltern antworteten mit "Ja" (52%)

b) War die Dauer der Behandlung ...

zu kurz ? " : wurde 127mal angekreuzt (63%)
richtig gewählt ? " : wurde 64mal angekreuzt (32%)
zu lang ? " : wurde 11mal angekreuzt (5%)

c) Kümmerten sich die Ärzte und Psychologen um die Probleme Ihres Kindes

zu wenig ? " : wurde 110mal angekreuzt (54%)
in richtigem Maße ? " : wurde 91mal angekreuzt (45%)
zu sehr ? " : wurde 3mal angekreuzt (1%)

d) Beschäftigten sich die Psychologen und Ärzte mit Ihnen, den Eltern

zu wenig ? " : wurde 124mal angekreuzt (59%)
in richtigem Maße ? " : wurde 84mal angekreuzt (40%)
zu sehr ? " : wurde 2mal angekreuzt (1%)

e) Hatten die Ärzte Bereiche wie Kindergarten, Schule usw.

zu wenig berücksichtigt ? " : wurde 71mal angekreuzt (45%)

in richtigem Maße berücksichtigt ? " : wurde 80mal angekreuzt (51%)

zu sehr beachtet ? " : wurde 7mal angekreuzt (4%)

f) Wir waren aus folgenden Gründen mit der Behandlung unzufrieden (bzw. weniger zufrieden) : ..... "

Die an dieser Stelle angegebenen Gründe werden in Stichworten wiedergegeben; insgesamt gaben 144 Eltern mehr oder weniger detaillierte Gründe ihrer Unzufriedenheit an; Mehrfachnennungen waren möglich.

Unzufriedenheit wegen dem Ausmaß der Betreuung:

- Weil nichts unternommen wurde (1mal); weil nur untersucht und nicht beraten wurde (24mal); weil nur beraten und nicht (stationär) behandelt wurde (aus Mangel an Plätzen) (8mal); weil nur stationär behandelt und nicht beraten wurde (1mal).

Unzufriedenheit wegen Untersuchungsbedingungen:

- Wegen langer Wartezeit (1mal); wegen häufigem Wechsel der behandelnden Ärzte (4mal); wegen großem Altersunterschied in der Behandlungsgruppe (1mal); wegen Räumlichkeit und Ausstattung (2mal).

Unzufriedenheit wegen der Art der ärztlichen Behandlung:

a) allgemein: mangelhafte Sorgfalt der Ärzte (3mal); Uninteressiertheit des Arztes (1mal); "weil ich zu unpersönlich behandelt wurde" (2mal);

b) auf die Untersuchung bezogen: Untersuchung war oberflächlich (6mal); die Entwicklung der Kinder wurde zu wenig berücksichtigt (1mal); die psychische Seite des Kindes wurde vernachlässigt bzw. nicht erkannt (4mal); Untersuchung wurde (wegen Verhalten des Kindes) abgebrochen (1mal);

c) auf die Diagnose bezogen: die Krankheit wurde leichter eingeschätzt, als sich später herausstellte (5mal); ... schwerer eingeschätzt, als ... (4mal); weil die Eltern bzgl. der Diagnose anderer Meinung waren (2mal); Ärzte waren sich über die Diagnose nicht im Klaren bzw. fanden die Ursache der Krankheit nicht (10mal);

d) auf die Beratung bezogen: "da wir eine spezielle Untersuchung des Gehirns ablehnten (zu riskant!) wurden uns keine weiteren Möglichkeiten genannt"(1mal); weil nur "beruhigt","vertröstet" und nicht weiter beraten wurde (4mal); weil falsch beraten wurde (laut Elternurteil) (6mal); "für unsere Tochter wurde eine antiautoritäre Erziehung vorgeschlagen" (1mal); zu geringe Aufklärung (12mal, davon 1mal bzgl. stationärer Behandlung); weil die empfohlene auswärtige Behandlung undurchführbar (2mal) bzw. ungenügend (1mal) war;

e) auf die Therapie bezogen: oberflächliche Behandlung (5mal); Behandlung ging am Problem vorbei (3mal); die Behandlung vernachlässigte die psychische Seite (1mal); Überdosierung bei Epilepsie- Therapie (1mal); "Behandlungsmethode war wenig durchsichtig"(1mal); Behandlungsabbruch durch die Jugendpsychiatrie (3mal); "die stationäre Therapie hätte nicht verschoben werden dürfen (unser Kind verstarb an dem Leiden 2 Wochen vor dem neuen Einbestellungstermin)" (1mal).

Unzufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung:

- mangelhafte pflegerische Betreuung (4mal); "zu wenig Aufsicht beim stationären Aufenthalt, wenig essen, Wäsche gestohlen"(1mal) - und ähnliche Kritik (1mal); "weil die stationären Behandlungsmethoden nicht adäquat (katastrophal) waren"(1mal).

Unzufriedenheit wegen enttäuschten Erwartungen:

- Untersuchung brachte keine neuen Erkenntnisse (8mal); die zur Zurückstellung von der Schule erforderliche Bescheinigung wurde nicht erteilt (1mal); schlechtes Testergebnis (weil Kind verängstigt war) (1mal); "weil die Ärzte aus dem Problem 'Bettnässen' eine Seelenwäsche machten, sodaß aufgrund der Behandlung das eigentliche Problem zweitrangig wurde und andere Probleme künstlich gezüchtet wurden" (1mal).

Unzufriedenheit wegen schlechter Kommunikation während stationärer Behandlung: zwischen Eltern und Kind (1mal), zwischen Eltern und Pflegepersonal (2mal), zwischen Eltern- Kind und Pflegepersonal (1mal).

Unzufriedenheit wegen Auswirkungen auf das Kind:
- Kind war nach dem Klinikaufenthalt aggressiver (3mal), ..."total erschöpft und verstört"(1mal); Symptomatik verschlechterte sich nach dem Klinikaufenthalt (1mal); "da der Sohn außerhalb unseres Wirkungsbereiches lebte und keinerlei Anweisungen befolgte"(1mal); der Patient war mit der Behandlung unzufrieden (3mal).

Unzufriedenheit wegen Auswirkungen auf die Eltern:
- "Ich bekam Schuldgefühle, Unsicherheit"(1mal).

Die anschließenden Fragen nach dem Urteil der Eltern über die Auswirkungen der Behandlung lauteten:
"Glauben Sie, daß die Behandlung / Beratung in der Jugendpsychiatrie Tübingen sich günstig auf Ihren Sohn / Ihre Tochter ausgewirkt hat ? "

Es antworteten:	"Nein"	"Ja"	nicht
Entwicklung bekannt	181 (35%)	341 (65%)	189
nur Schulschwierigkeiten	23 (30%)	53 (70%)	23
Einnässen u/o Einkoten	16 (36%)	29 (64%)	12
andere Verhaltensauffälligkeiten	21 (26%)	60 (74%)	24
körperliche Auffälligkeiten	42 (29%)	102 (71%)	68
Entw.-hemmung und -störung u.a.	18 (62%)	11 (38%)	11

Wesentliches:
Diese Frage wurde häufig mit der Bemerkung "zu lange her" quittiert - und nicht beantwortet.
- In den Untergruppen wurde insgesamt häufiger als im Durchschnitt mit "Ja" geantwortet (68% gegenüber 65%); d.h. die Eltern von Patienten mit Einweisungsgründen aus mehreren Gruppen antworteten häufiger als der Durchschnitt mit "Nein".
- In der Gruppe "Einnässen u/o Einkoten" wurde diese Frage häufiger als im Durchschnitt der Untergruppen verneint.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten"wurde sie häufiger bejaht.
- In der Gruppe "Sonstige Verhaltensauffälligkeiten"wurde diese Frage sehr häufig (verglichen mit dem Durchschnitt) verneint.

Die folgende Frage:
"Glauben Sie, daß die Behandlung / Beratung in der Jugendpsychiatrie Tübingen sich günstig auf Ihr Verhältnis zu Ihrem Sohn / Ihrer Tochter ausgewirkt hat ? "
wurde so beantwortet:

	"Nein"	"Ja"	nicht
Entwicklung bekannt	163 (35%)	305 (65%)	243
nur Schulschwierigkeiten	19 (27%)	52 (73%)	28
Einnässen u/o Einkoten	15 (38%)	24 (62%)	18
andere Verhaltensauffälligkeiten	17 (23%)	57 (77%)	31
körperliche Auffälligkeiten	42 (36%)	74 (64%)	97
Entw.-hemmung und -störung u.a.	18 (62%)	11 (38%)	11

Wesentliches:
- In den Untergruppen wurde insgesamt gleich wie im Durchschnitt geantwortet (66%"Ja" gegenüber 65%).
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde diese Frage häufiger als im Durchschnitt bejaht.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde diese Frage durchschnittlich beantwortet.
- In den restlichen Gruppen entsprechen die Abweichungen in der Beantwortung (gegenüber dem Durchschnitt) den Abweichungen der vorigen Frage.

Der Fragebogen wurde laut Angaben der Eltern 289mal(43%) von der Mutter des ehemaligen Patienten ausgefüllt, 102mal(15%) vom Vater und 268mal(39%) von beiden Eltern. 11mal füllte ein anderer Angehöriger den Fragebogen aus, 9mal ein(e) Heimerzieher(in).

Der Sohn / die Tochter, der ehemalige Patient hat beim Ausfüllen des Fragebogens 204mal(40%) mitgeholfen, 303mal(59%) nicht mitgeholfen. 9mal hat der ehemalige Patient(in) den Fragebogen allein ausgefüllt.

VI. Statistische Zusammenhänge zwischen Variablen der familiär - sozialen Situation und Variablen der weiteren Entwicklung

In diesem Kapitel werden die, mittels χ^2- Test als signifikant nachgewiesenen, speziellen Zusammenhänge zwischen Daten der familiär - sozialen Situation (s. Kap. IV) und Daten der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten (s. Kap. V) dargestellt.

VI.1. Mathematisch - statistische Vorbemerkungen

Nur solche Merkmale wurden rechnerisch miteinander verglichen, welche insgesamt nicht allzu selten bekannt waren.
Jeweils 2 Merkmale wurden mittels χ^2- Test auf dem Signifikanzniveau von a = 0,05 (95% Sicherheit) daraufhin untersucht, ob die Verteilung ihrer Ausprägungen zueinander nicht zufällig ist.
Zur Berechnung wurden nur die Daten von Patienten berücksichtigt, die in den 2 jeweiligen Merkmalen definiert waren. Aus den Ergebnissen kann also nicht darauf geschlossen werden, daß nachgewiesene Zusammenhänge für alle Patienten (bzw. für alle, deren Entwicklung bekannt ist) zutreffen.
Aus rechentechnischen Gründen wurden häufig mehrere Ausprägungen zusammengefasst; diese wurden logisch sinnvoll bzw. aufgrund derselben Tendenz in den Ausprägungen des Vergleichsmerkmals kombiniert.
Aufgrund einer mathematischen Voraussetzung des χ^2- Tests (Mindestanzahl 5 pro Feld in der Mehrfeldertafel) wurden 3 Mehrfeldertafeln mit dem rechenaufwendigen Fisher-Yates-Test auf einen nicht zufälligen Zusammenhang untersucht. Bei anderen Zusammenhängen lohnte sich dieser Rechenaufwand nicht, weshalb sie nicht berechnet wurden.
Zur Beurteilung der Stärke des jeweiligen, mittels χ^2-Test nachgewiesenen Zusammenhanges, wurde anschließend der Kontingenzkoeffizient berechnet. Der maximale Kontingenzkoeffizient (CCmax), der sich bei völliger Abhängigkeit zweier Merkmale ergibt, hängt jedoch von der Größe der zugrundeliegenden Mehrfeldertafel, d.h. von der Anzahl der Felder ab, was die Vergleichbarkeit verschiedener Mehrfeldertafeln miteinander beeinträchtigt. Deshalb wird nur der korrigierte Kontingenzkoeffizient (CCkorr) dargestellt, der das Ver-

hältnis des errechneten zum maximal möglichen Kontingenzkoeffizienten der jeweiligen Mehrfeldertafel in Prozent angibt.
Der CCkorr ist 0%, wenn völlige Unabhängigkeit besteht und 100%, wenn völlige Abhängigkeit zwischen den zugrundeliegenden Merkmalen besteht. (vgl. Sachs 1973, S.371f.)
Die Mehrfeldertafeln, welche Grundlage der Berechnungen waren, sind im Anhang dargestellt.

VI.2. Tabellarische Übersicht über die einzelnen Zusammenhänge

Zur besseren Orientierung gibt die folgende Tabelle an, zwischen welchen Merkmalen Zusammenhänge nachgewiesen wurden (+) und zwischen welchen keine unzufälligen Zusammenhänge nachgewiesen wurden (-). Merkmalsverbindungen, die aus rechentechnischen Gründen nicht untersucht wurden, sind mit 0 gekennzeichnet.
Art und Stärke der jeweiligen Zusammenhänge sind in dem folgenden Kapitel VI.3. dargestellt

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen ... und ...:

besteht : +
besteht nicht: –
konnte nicht berechnet werden : 0

	häufigem Wechsel der Bezugsgruppe	der familiären Situation 1969	dem Aufenthalt des Kindes 1969	der Kinderzahl	der Position in d. Geschwisterreihe	Belastung der Familie (retrospektiv)	der Kontaktfähigkeit (retrospektiv)	der Berufstätigkeit (der Mutter/Vater)	dem Kindergartenbesuch 1969	der Ausbildung 1969	dem Beruf des Vaters/Mutter 1969
Symptomentwicklung	+	+	–	–	–	+	+	–	+	–	–
neuen Symptomen	+	–	–	–	–	+	+	+	–	–	–
häufigen Kopfschmerzen	–	–	–	–	–	0	–	0	0	0	–
Veränderung früherer familiärer Belastung	–	–	–	–	–	(2	+	–	0	–	–
Entstehung familiärer Belastung seit 1969	+	–	+	–	–	(2	+	0	0	0	0
Veränderung früherer Kontaktschwierigkeiten	–	–	–	–	–	–	–	-(1	–	–	–
Medikamenteneinnahme	–	0	–	–	–	–	+	0	0	+	–
Schulausbildung 1977	–	–	–	–	+	–	+	0	–	0	+
frühere "	-(1	–	–	–	–	–	+	–	0	0	+
Schulabschluß*	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0	–
Art des " (es)	0	0	0	–	–	–	–	0	0	0	0
Berufsausbildung**	+	–	–	–	–	–	+	–	0	+	–
Art der "	0	0	0	0	0	–	0	0	0	0	0
Abschluß der "	0	–	–	–	–	0	+	+	0	+	0
Berufstätigkeit 1977 3*	0	0	–	–	0	–	–	0	0	0	0
Arbeitlosigkeit	-(1	–	–	–	–	–	–	–	0	+	–
Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	+
Wohn - Ort	+	+	+	–	–	+	+	0	0	0	+
Freizeitkontakte	–	–	–	–	+	–	+	–	+	+	–
Häufigkeit der "	–	–	–	–	+	+	–	–	–	–	+
Vereinsmitgliedschaft	–	–	–	–	–	–	+	–	+	–	–
Eltern - Urteil über Behandlung	–	–	–	+	–	+	+	–	+	–	–
" über Wirkung der Beh. aufs Kind	–	–	–	–	–	–	–	–	+	–	–
" über Wirkung der Beh. auf Eltern-Kind Beziehung	–	–	–	–	–	–	–	–	+	–	–

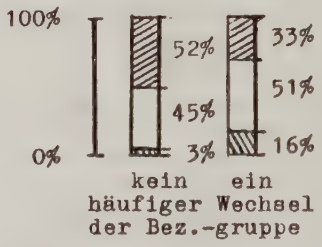
* : der Kinder, die 1977 nicht die Schule besuchen
**: der arbeitsfähigen Kinder, die nicht zur Schule gehen
3*: der Kinder, die weder zur Schule gehen noch in einer Berufsausbildung sind
(1: mittels Fisher-Yates Test berechnet
(2: nicht berechnet, da unsinnig

VI.3. Art und Stärke der einzelnen Zusammenhänge

VI.3.1 Zusammenhang: häufiger Wechsel der Bezugsgruppe mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, die in ihrer Kindheit einen "häufigen Wechsel der Bezugsgruppe" (Def. s. Kap. III.3.2) miterlebt hatten, entwickelten sich im Vergleich mit den Patienten, die dies nicht erlebt hatten, folgendermaßen weiter:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:
bestehen nicht mehr
gebessert o. gleich
verstärkt



Die ehemaligen Symptome bestanden bei Kindern mit früherem Wechsel der Bezugsgruppe im Jahr 1977 relativ seltener nicht mehr (33% zu 52%), relativ häufiger besserten sich die Symptome oder sind sie gleich geblieben (51% zu 45%) und relativ häufiger haben sie sich verstärkt (16% zu 3%).
(CCkorr.= 26,1%)

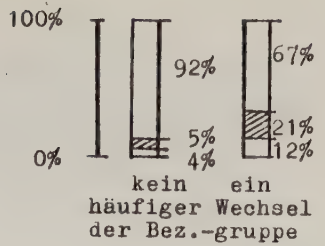
Neue Probleme bzw. Symptome entstanden bei Kindern mit früherem Wechsel der Bezugsgruppe häufiger als bei Kindern ohne früheren Wechsel der Bezugsgruppe (41% zu 25%).
(CCkorr.= 12,5%)

Eine Belastung der Familie wegen der Probleme des Kindes bzw. mit dem Kind entstand bei Kindern mit häufigem Wechsel der Bezugsgruppe relativ häufiger als bei Kindern ohne früheren Wechsel der Bezugsgruppe (29% zu 9%).
(CCkorr.= 20,6%)

In einer Berufsausbildung waren bis zum Jahr 1977 (von den Kindern, welche arbeitsfähig waren und nicht mehr zur Schule gingen) relativ weniger der Kinder mit früherem Wechsel der Bezugsgruppe (59% zu 83%).
(CCkorr.= 22,5%)

Wohn - Ort 1977:

bei den Eltern oder in der eigenen Wohnung
im Heim
"Anderswo"



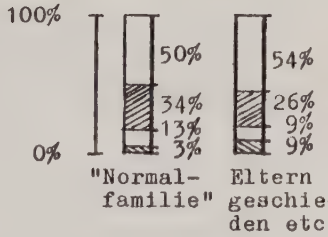
Ehemalige Patienten mit früherem Wechsel der Bezugsgruppe lebten 1977, verglichen mit denjenigen ohne früheren Wechsel der Bezugsgruppe, relativ seltener bei den Eltern oder in der eigenen Wohnung (67% zu 92%), relativ häufiger im Heim (21% zu 5%) und "Andeswo" (12% zu 4%).([1]
(CCkorr.= 29%)

VI.3.2 Zusammenhang: familiäre Situation mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, die juristisch gesehen aus keiner "Normalfamilie" stammen, d.h. deren Eltern 1969 geschieden waren, getrennt lebten etc., entwickelten sich im Vergleich mit Kindern aus "Normalfamilien" so:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:

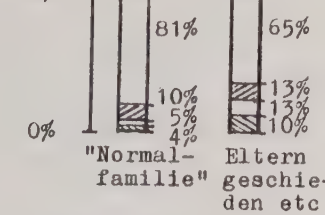
bestehen nicht mehr
gebessert
gleich
verstärkt



die ehemaligen Symptome bestehen häufiger nicht mehr (54% zu 50%)([2], verbesserten sich seltener (26% zu 34%), sind seltener gleich geblieben (9% zu 13%) und haben sich häufiger verstärkt (9% zu 3%) (CCkorr.= 15,8%);

Wohn - Ort 1977:

bei den Eltern
in der eigenen Wohnung
im Heim
"Anderswo"

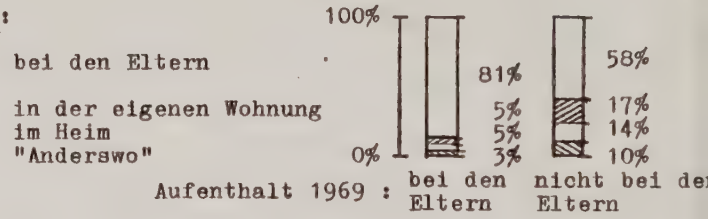


([1]; Der Anteil der Patienten, die Ende 1977 älter als 18 waren, ist bei Patienten mit häufigem W. der Bez.-gr. gleich groß wie bei Patienten ohne h.W.d. Bez.-gruppe. (je 41%; von denen, deren Entwicklung bekannt)

Kinder, die juristisch gesehen aus keiner "Normalfamilie" stammen, lebten 1977 relativ seltener bei den Eltern (65% zu 81%) und relativ häufiger in der eigenen Wohnung (13% zu 10%), im Heim (13% zu 5%) und "Anderswo" (10% zu 4%).([1] (CCkorr.= 20,7%)

VI.3.3 Zusammenhang: Aufenthalt des Kindes 1969 mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, die sich 1969 überwiegend nicht bei ihren leiblichen Eltern aufhielten, entwickelten sich im Vergleich mit Kindern, die sich bei ihren Eltern aufhielten, so:
Eine Belastung der Familie durch die Probleme des Kindes bzw. mit dem Kind entstand bei diesen ehemaligen Patienten häufiger (20% zu 9%). (CCkorr.= 14,5%)



bei den Eltern lebten weniger Kinder (58% zu 81%), in der eigenen Wohnung (17% zu 5%), im Heim (14% zu 5%) und "Anderswo" (10% zu 3%) lebten mehr Kinder.([2 (CCkorr.= 27,4%)

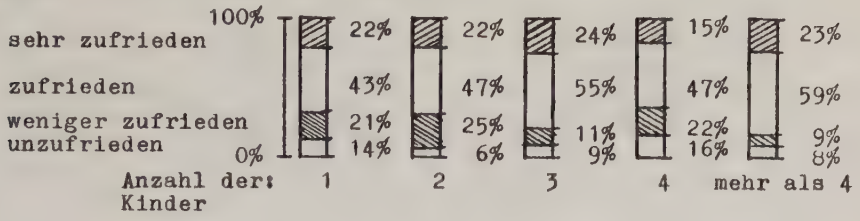
([1: 1977 waren 40% der Kinder aus "Normalfamilien" und 47% der Kinder aus Nicht-Normalfamilien älter als 18 Jahre. (von denen, deren Entwicklung bekannt ist)

([2: 1977 waren 39% der Kinder, die 1969 bei ihren Eltern wohnten und 64% derjenigen, die 1969 nicht bei ihren Eltern wohnten, älter als 18 Jahre.

VI.3.4 Zusammenhang: Kinderzahl mit weiterer Entwicklung

Die Anzahl der Kinder in der Familie des Patienten steht in folgendem Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung:

Eltern - Urteil über die Behandlung:

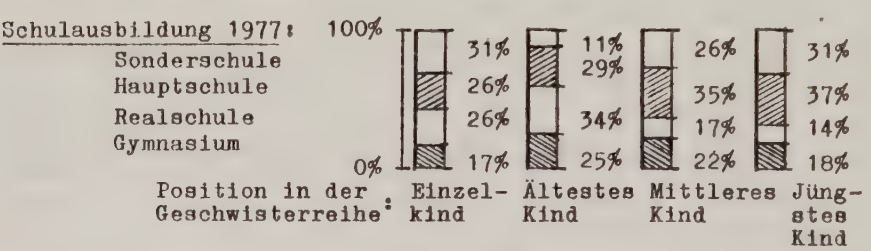


Die Eltern beurteilten die Behandlung, je nach Anzahl der Kinder in der Familie, folgendermaßen:

- Eltern mit einem Kind waren im Vergleich mit dem Durchschnitt ebenso häufig sehr zufrieden (je 22%), seltener zufrieden (43% zu 50%), öfters weniger zufrieden (21% zu 18%) und unzufrieden (14% zu 10%);
- Eltern mit 2 Kindern waren, verglichen mit dem Durchschnitt, ebenso häufig sehr zufrieden (je 22%), seltener zufrieden (47% zu 50%), häufiger weniger zufrieden (25% zu 18%) und seltener unzufrieden (6% zu 10%);
- Eltern mit 3 Kindern waren, verglichen mit dem Durchschnitt, häufiger sehr zufrieden (24% zu 22%) und zufrieden (55% zu 50%) und seltener weniger zufrieden (11% zu 18%) und unzufrieden (9% zu 10%);
- Eltern mit 4 Kindern waren relativ seltener sehr zufrieden (15% zu 22%) und zufrieden (47% zu 50%) und öfters weniger zufrieden (22% zu 18%) und unzufrieden (16% zu 10%);
- Eltern mit mehr Kindern waren relativ häufiger sehr zufrieden (23% zu 22%) und zufrieden (59% zu 50%) und seltener weniger zufrieden (9% zu 18%) und unzufrieden (8% zu 10%). (CCkorr.= 24,1%)

VI.3.5 Zusammenhang: Position in der Geschwisterreihe mit weiterer Entwicklung

Die Position des ehemaligen Patienten in der Geschwisterreihe steht in folgendem Zusammenhang mit seiner/ihrer weiteren Entwicklung:



Im Jahr 1977 waren von den ehemaligen Patienten:

- Einzelkinder, verglichen mit dem Durchschnitt, häufiger in einer Sonderschule (31% zu 23%), seltener in einer Hauptschule (26% zu 33%), häufiger in einer Realschule (26% zu 23%) und seltener auf einem Gymnasium (17% zu 21%);
- älteste Kinder, verglichen mit dem Durchschnitt, seltener in Sonderschulen (11% zu 23%) und Hauptschulen (29% zu 33%) und häufiger in Realschulen (34% zu 23%) und Gymnasien (25% zu 21%);
- mittlere Kinder waren relativ häufiger in Sonderschulen (26% zu 23%) und in Hauptschulen (35% zu 33%), seltener in Realschulen (17% zu 23%) und etwas häufiger auf Gymnasien (22% zu 21%);
- jüngste Kinder waren, verglichen mit dem Durchschnitt, häufiger in Sonderschulen (31% zu 23%) und Hauptschulen (37% zu 33%) und seltener in Realschulen (14% zu 23%) und auf Gymnasien (18% zu 21%).

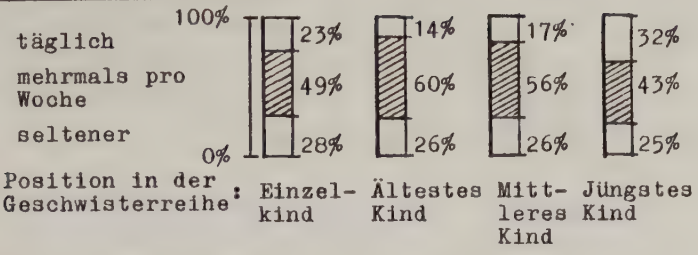
(CCkorr.= 29,9%)

Ein gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Bekannten oder Freunden hatten:

- Einzelkinder ebenso häufig wie der Durchschnitt der Patienten (je 70%);
- älteste Kinder häufiger als der Durchschnitt (81% zu 70%);
- mittlere Kinder seltener als der Durchschnitt (67% zu 70%)
- und jüngste Kinder ebenso häufig wie der Durchschnitt der Patienten (von denen beide Merkmale bekannt sind!) (je 70%).

(CCkorr.= 17,9%)

Häufigkeit der Freizeitkontakte:



Die Häufigkeit der Freizeitkontakte steht in folgendem Zusammenhang mit der Position in der Geschwisterreihe:

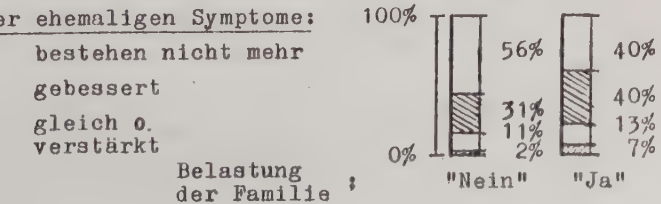
- Einzelkinder haben, verglichen mit dem Durchschnitt, häufiger täglichen Kontakt (23% zu 21%), seltener mehrmals pro Woche Kontakt (49% zu 53%) und öfters weniger Kontakt mit ihren Freunden (28% zu 26%);
- älteste Kinder haben seltener täglich Kontakt (14% zu 21%), häufiger mehrmals pro Woche Kontakt (60% zu 53%) und ebenso häufig weniger Kontakt mit Freunden (je 26%);
- mittlere Kinder haben, verglichen mit dem Durchschnitt, seltener täglich Kontakt (17% zu 21%), häufiger mehrmals pro Woche Kontakt (56% zu 53%) und ebenso häufig weniger Kontakt mit Freunden;
- jüngste Kinder haben, verglichen mit dem Durchschnitt, häufiger täglich Kontakt (32% zu 21%), seltener mehrmals pro Woche Kontakt (43% zu 53%) und etwa ebenso häufig weniger Kontakte mit Freunden (25% zu 26%).

(CCkorr.= 22,5%)

VI.3.6 Zusammenhang: Belastung der Familie (retrospektiv erfragt) mit weiterer Entwicklung

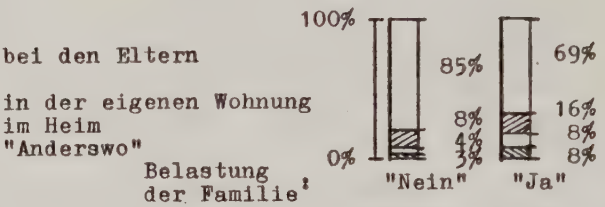
Ehemalige Patienten, deren Eltern im Fragebogen angaben, ihre Familie sei 1969 wegen der Probleme mit dem Kind belastet gewesen, entwickelten sich im Vergleich mit Kindern, deren Eltern eine frühere Belastung verneinten, so:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:



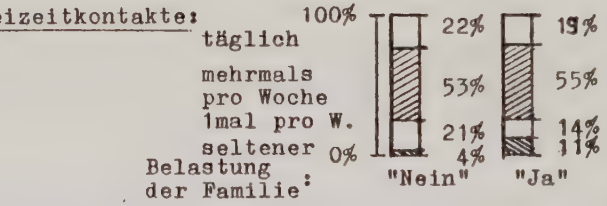
Die damaligen Symptome verschwanden seltener (40% zu 56%), haben sich häufiger gebessert (40% zu 31%), blieben etwa ebenso häufig gleich (13% zu 11%) und haben sich häufiger verschlechtert (7% zu 2%).
(CCkorr.= 23%)
Neue Symptome entwickelten sich bei diesen ehemaligen Patienten relativ häufiger (38% zu 22%).
(CCkorr.= 23,7%)

Wohn - Ort 1977:



Bei ihren Eltern wohnten relativ weniger Kinder (69% zu 85%), in der eigenen Wohnung wohnten relativ mehr Kinder (16% zu 8%)([1], desgleichen wohnten relativ mehr Kinder (mit früherer fam. Belastung) im Heim (8% zu 4%) und "Anderswo" (8% zu 3%).
(CCkorr.= 25,7%)

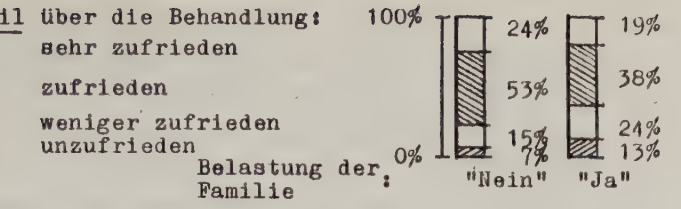
Häufigkeit der Freizeitkontakte:



Freizeitkontakte wurden bei diesen Kindern relativ seltener 'täglich' (19% zu 22%), etwas häufiger 'mehrmals pro Woche' (55% zu 53%), seltener 'einmal pro Woche' (14% zu 21%) und öfters 'seltener' (11% zu 4%) registriert.
(CCkorr.= 21%)

([1]: von den Kindern mit früherer familiärer Belastung waren im Jahr 1977 53% älter als 18Jahre gegenüber 37% von den Kindern ohne familiäre Belastung (die %-Angaben beziehen sich auf die Kinder, deren Entwicklung bekannt ist).

Eltern - Urteil über die Behandlung:

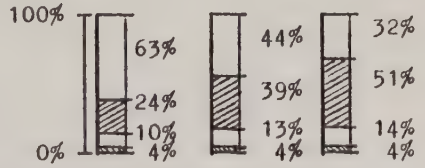


Die Eltern dieser Patienten waren mit der Behandlung in der Ki.- u.Jgd-psychiatrie relativ seltener sehr zufrieden (19% zu 24%) und zufrieden (38% zu 53%) und relativ häufiger weniger zufrieden (24% zu 15%) und unzufrieden (13% zu 7%). (CCkorr.= 24,8%)

VI.3.7 Zusammenhang: Kontaktfähigkeit (retrospektiv erfragt) mit weiterer Entwicklung

Zwischen früheren Kontaktschwierigkeiten (1969) und Merkmalen der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten bestehen folgende Zusammenhänge:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:

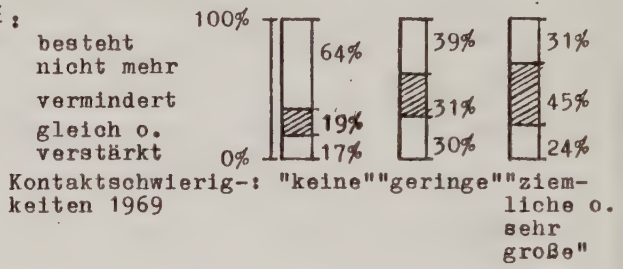


- bei Kindern ohne Kontaktschwierigkeiten bestehen diese Symptome, verglichen mit dem Durchschnitt, häufiger nicht mehr (63% zu 50%), seltener haben sie sich gebessert (24% zu 34%) und sind sie gleich geblieben (1o% zu 12%) und ebenso häufig haben sie sich verschlechtert (4%);
- bei Kindern mit geringen Kontaktschwierigkeiten bestehen diese Symptome relativ seltener nicht mehr (44% zu 50%), häufiger haben sie sich verbessert (39% zu 34%) und sind sie gleich geblieben (13% zu 12%) und ebenso häufig haben sie sich verschlechtert (je 4%);
- bei Kindern mit ziemlichen oder sehr großen Kontaktschwierigkeiten bestehen die Symptome, verglichen mit dem Durchschnitt, noch seltener nicht mehr (32% zu 50%), sie haben

sich häufiger verbessert (51% zu 34%) oder sind gleich geblieben (14% zu 12%) und ebenso häufig haben sie sich verschlechtert (je 4%).
(CCkorr.= 31%)

Neue Symptome entstanden bei ehemaligen Patienten ,
–die keine Kontaktschwierigkeiten hatten in 19% der Fälle,
–die geringe Kontaktschwierigkeiten hatten in 33% der Fälle,
–die ziemliche Schwierigkeiten hatten in 33% der Fälle und
–die sehr große Schwierigkeiten hatten in 46% der Fälle.
(CCkorr.= 26,2%)

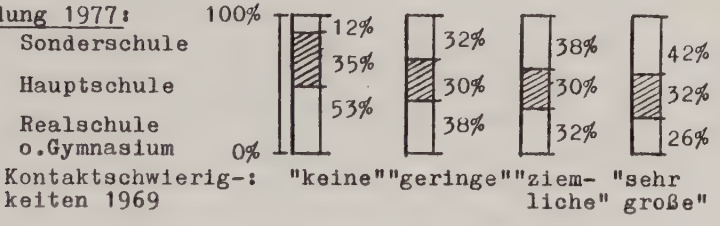
Veränderung früherer familiärer Belastung:



Die frühere familiäre Belastung durch die Probleme des Kindes bzw. mit dem Kind entwickelte sich, verglichen mit dem Durchschnitt der Patienten, folgendermaßen:
–bei Kindern, die früher keine Kontaktschwierigkeiten hatten besteht diese Belastung (relativ) häufiger nicht mehr (64% zu 45%), relativ seltener hat sie sich vermindert (19% zu 32%) und ist sie gleich geblieben bzw. hat sie sich verstärkt (17% zu 24%);
–bei Kindern, die früher geringe Kontaktschwierigkeiten hatten, besteht die familiäre Belastung relativ seltener nicht mehr (39% zu 45%), relativ seltener hat sie sich vermindert (31% zu 32%) und relativ häufiger ist sie gleich geblieben bzw. hat sie sich verstärkt (30% zu 24%);
–bei Kindern, die früher ziemliche oder sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten, besteht die familiäre Belastung relativ seltener nicht mehr (31% zu 45%), relativ häufiger hat sie sich vermindert (45% zu 32%) und ebenso häufig wie im Durchschnitt ist sie gleich geblieben bzw. hat sie sich verstärkt (je 24%).
(CCkorr.= 35,7%)

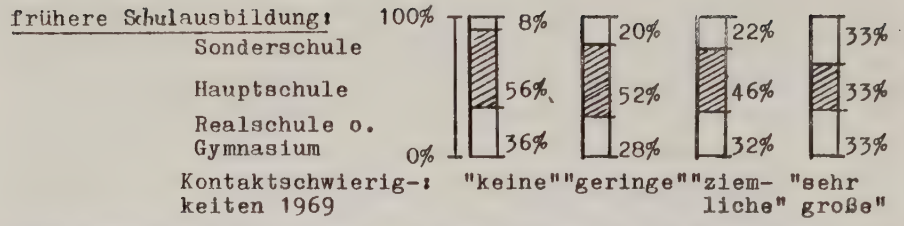
Eine Belastung der Familie durch die Probleme des Patienten entstand bei Kindern, die 1969 keine Kontaktschwierigkeiten hatten in 3%, bei Kindern, die geringe Kontaktschwierigkeiten hatten in 15%, bei Kindern, die ziemliche Kontaktschwierigkeiten hatten in 24% und bei Kindern, die sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten in 31% der Fälle. (CCkorr.= 38,3%)

Medikamente nehmen regelmäßig ein:
9% der Kinder, die keine Kontaktschwierigkeiten hatten,
17% der Kinder, die geringe Kontaktschwierigkeiten hatten,
15% der Kinder, die ziemliche Kontaktschwierigkeiten hatten und 21% der Kinder, die sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten.. (CCkorr.= 17,6%)



Verglichen mit den Durchschnittswerten besuchten im Jahr 1977 Kinder, die

- keine Kontaktschwierigkeiten hatten, seltener die Sonderschule (12% zu 23%), etwas häufiger die Hauptschule (35% zu 33%) und häufiger die Realschule oder das Gymnasium (53% zu 44%);
- die geringe Kontaktschwirigkeiten hatten, häufiger die Sonderschule (32% zu 23%) und seltener die Hauptschule (30% zu 33%) und die Realschule oder das Gymnasium (38% zu 44%);
- die ziemliche Kontaktschwierigkeiten hatten, häufiger die Sonderschule (38% zu 23%) und seltener die Hauptschule (30% zu 33%) und die Realschule oder das Gymnasium (32% zu 44%);
- die sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten, noch häufiger die Sonderschule (abs. 8: 42% zu 23%), etwa ebenso häufig die Hauptschule (abs. 6: 32% zu 33%) und seltener die Realschule oder das Gymnasium (abs. 5: 26% zu 44%). (CCkorr.= 34,2%)



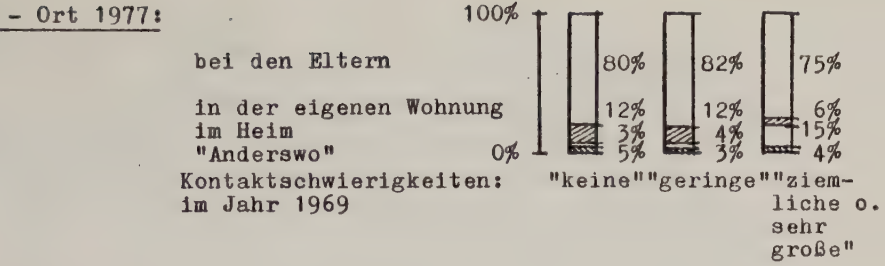
Die ehemaligen Patienten, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nicht mehr die Schule besuchten, waren zuvor, verglichen mit den Durchschnittswerten, in folgenden Schulen:

- von den Kindern, die keine Kontaktschwierigkeiten hatten, waren relativ weniger in Sonderschulen (8% zu 15%), relativ mehr in Hauptschulen (56% zu 52%) und in Realschulen oder in Gymnasien (36% zu 33%);
- von den Kindern, die geringe Kontaktschwierigkeiten hatten, waren rel. mehr in Sonderschulen (20% zu 15%), ebenso viele in Hauptschulen (je 52%) und relativ weniger in Realschulen oder in Gymnasien (28% zu 33%);
- von den Kindern, die ziemliche Kontaktschwierigkeiten hatten, waren relativ mehr in Sonderschulen (22 zu 15%) relativ weniger in Hauptschulen (46% zu 52%) und etwa ebensoviele in Realschulen oder auf Gymnasien (32% zu 33%);
- von den Kindern, die sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten, waren relativ mehr in Sonderschulen (33% zu 15%), relativ weniger in Hauptschulen (33% zu 52%) und ebensoviele in Realschulen oder auf Gymnasien (je 33%).

(CCkorr.= 25,9%)

In einer Berufsausbildung waren ehemalige Patienten, die keine Kontaktschwierigkeiten hatten in 83% der Fälle; 86% der Kinder mit geringen Kontaktschwierigkeiten waren in einer Berufsausbildung ; 70% derjenigen mit ziemlichen oder sehr großen Kontaktschwierigkeiten waren in einer Berufsausbildung (jeweils von den schul- bzw. arbeitsfähigen Kindern, die 1977 nicht zur Schule gingen).
(CCkorr.= 21,6%)

Die Berufsausbildung abgebrochen haben
17% der Kinder, die keine Kontaktschwierigkeiten hatten,
25% der Kinder, die geringe Kontaktschwierigkeiten hatten
und 48% der Kinder, die ziemliche oder sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten (jeweils bezogen auf die Anzahl derjenigen, die eine Berufsausbildung abgebrochen oder abgeschlossen haben (zum Untersuchungszeitpunkt)).
(CCkorr.= 34,4%)



- von den Kindern, die keine Kontaktschwierigkeiten hatten, wohnten, verglichen mit den Durchschnittswerten, ebenso viele bei den Eltern (je 80%), etwas mehr in einer eigenen Wohnung (12% zu 11%) ([1, relativ weniger in einem Heim (3% zu 6%) und etwas mehr "Anderswo" (5% zu 4%);
- von den Kindern, die geringe Kontaktschwierigkeiten hatten, wohnten, verglichen mit den Durchschnittswerten, etwas mehr bei den Eltern (82% zu 80%), etwas mehr in einer eigenen Wohnung (12% zu 11%) ([2, relativ weniger in einem Heim (4% zu 6%7 und etwas weniger "Anderswo" (3% zu 4%);
- von den Kindern, die ziemliche oder sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten, wohnten, verglichen mit den Durchschnittswerten, relativ weniger bei den Eltern (75% zu 80%), relativ weniger in einer eigenen Wohnung (6% zu 11%) ([3, bedeutend mehr in eineme Heim (15% zu 6%) und ebenso viele "Anderswo (je 4%). (CCkorr.= 26,5%)

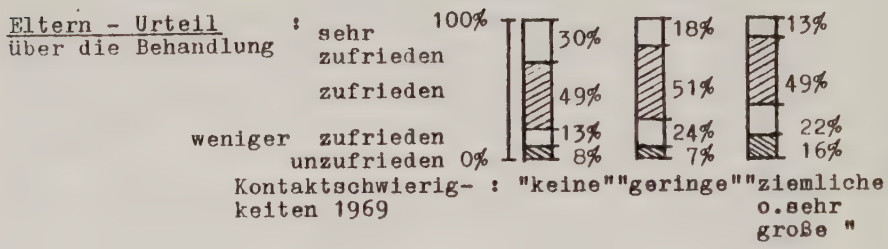
Freizeitkontakte mit Freunden oder Bekannten wurden bei 80% der Kinder, die früher keine Kontaktschwierigkeiten hatten, bei 70% der Kinder, die früher geringe Kontaktschwierigkeiten hatten, bei 65% der Kinder, die früher ziemliche Kontaktschwierigkeiten hatten und bei 40% derjenigen, die sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten, registriert. (CCkorr.= 31,3%)

([1: von den Kindern ohne Kontaktschwierigkeiten waren 1977 43% älter als 18 Jahre.

([2: von denjenigen mit geringen Kontaktschwierigkeiten waren 1977 46% älter als 18 Jahre.

([3: von denjenigen mit ziemlichen oder sehr großen Kontaktschwierigkeiten waren 1977 35% älter als 18 Jahre.

Vereinsmitglieder waren
54% derjenigen ohne frühere Kontaktschwierigkeiten,
42% derjenigen mit geringen früheren Kontaktschwierigkeiten,
41% derjenigen mit ziemlichen früheren Kontaktschwierigkeiten
und 28% derjenigen mit sehr großen früheren Kontaktschwierigkeiten.
(CCkorr.= 21,3%)



Das Urteil der Eltern über die Behandlung in der Jugendpsychiatrie stand in folgendem Zusammenhang mit früheren Kontaktschwierigkeiten:
verglichen mit den Durchschnittswerten waren die Eltern,
- deren Kinder keine Kontaktschwierigkeiten hatten,
relativ häufiger sehr zufrieden (30% zu 23%),
etwa ebenso häufig zufrieden (49% zu 50%),
relativ seltener weniger zufrieden (13% zu 18%) und
etwa ebenso häufig unzufrieden (8% zu 9%);
- Eltern, deren Kinder früher geringe Kontaktschwierigkeiten hatten, waren im Vergleich mit den Durchschnittswerten seltener sehr zufrieden (18% zu 23%),
etwa ebenso häufig zufrieden (51% zu 50%),
relativ häufiger weniger zufrieden (24% zu 18%)
und seltener unzufrieden (7% zu 9%);
- Eltern deren Kinder ziemliche oder sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten, waren
relativ seltener sehr zufrieden (13% zu 23%),
etwa ebenso häufig zufrieden (49% zu 50%),
öfters weniger zufrieden (22% zu 18%) und bedeutend
häufiger unzufrieden (16% zu 9%).
(CCkorr.= 26,8%)

VI.3.8 Zusammenhang: Berufstätigkeit mit weiterer Entwicklung

Der Umstand, wieviele Elternteile berufstätig waren (1969), steht in folgendem Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten:

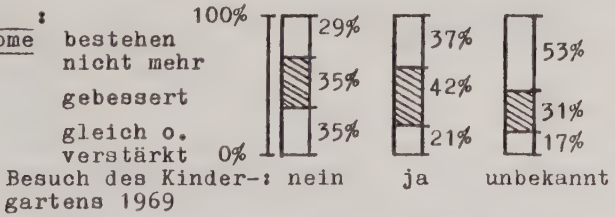
- war keiner der beiden Eltern berufstätig, so entstanden bei 56% der Kinder dieser Eltern (absolut 9) neue Symptome;
- war nur ein Elternteil berufstätig, so sank dieser
- Anteil auf 25% und wenn beide Elternteile berufstätig waren, entstanden nur bei 21% der ehemaligen Patienten neue Symtome bzw. Probleme. (CCkorr.= 24,5%)

Von den Kindern, die 1977 weder zur Schule gingen noch in einer Berufsausbidung standen, hatten relativ weniger die Ausbildung abgebrochen, wenn nur ein Elternteil berufstätig war (im Jahr 1969): 7 von 41 Kindern = 17% ([1]; waren beide Elternteile berufstätig, so brachen relativ mehr Kinder die Ausbildung ab: 7 von 13 Kindern = 54% ([1].

(CCkorr.= 47,8%)

VI.3.9 Zusammenhang: Kindergartenbesuch 1969 mit weiterer Entwicklung

Die Tatsache, ob ein ehemaliger Patient im Jahr 1969 einen Kindergarten besuchte oder nicht, steht in folgendem Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung:([2]



- Bei Kindern, die 1969 keinen Kindergarten besuchten, bestehen die Symptome des Jahres 1969, verglichen mit den Durchschnittswerten, relativ seltener nicht mehr (29% zu 46%), etwa ebenso häufig haben sie sich gebessert (35% zu 34%) und relativ häufiger sind sie gleich geblieben oder haben sie sich verschlechtert (35% zu 21%);

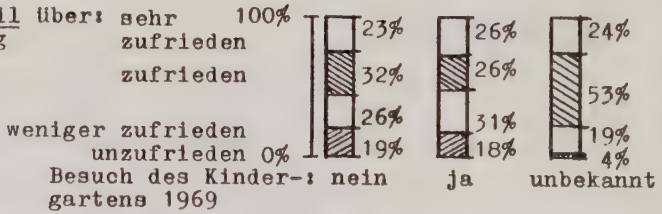
([1]; die Prozentzahl bezieht sich auf die Anzahl derer, die eine Berufsausbildung abgebrochen oder abgeschlos- haben (41 bzw. 13 Kinder).

([2]; zu der Altersgrenze vgl. Kap.IV.2.10

- bei Kindern, die 1969 einen Kindergarten besuchten, bestanden die früheren Symptome relativ seltener nicht mehr (37% zu 46%), relativ häufiger haben sie sich gebessert (42% zu 34%) und ebenso häufig wie im Durchschnitt sind sie gleich geblieben bzw. haben sie sich verstärkt (je 21%);
- bei Kindern, von denen unbekannt ist, ob sie 1969 einen Kindergarten besuchten, bestanden die früheren Symptome relativ häufiger nicht mehr (53% zu 46%), etwas seltener als im Durchschnitt haben sie sich gebessert (31% zu 34%) und etwas seltener sind sie gleich geblieben bzw. haben sie sich verstärkt (17% zu 21%).
(CCkorr.= 26,5%)

Freizeitkontakte hatten (laut Angaben der Eltern)
45% der Kinder, die 1969 keinen Kindergarten besuchten,
82% der Kinder, die 1969 einen Kindergarten besuchten und
77% der Kinder, von denen unbekannt ist, ob sie 1969 einen Kindergarten besuchten. (CCkorr.= 40,5%)

Vereinsmitglied waren im Jahr 1977
23% der Kinder, die 1969 keinen Kindergarten besuchten,
51% der Kinder, die 1969 einen Kindergarten besuchten und
52% der Kinder, von denen unbekannt ist, ob sie 1969 einen Kindergarten besuchten.
(CCkorr.= 31,1%)



Die Eltern beurteilten die Behandlung in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie je nachdem, ob ihr Kind 1969 in einem Kindergarten war oder nicht, verschieden:
verglichen mit den Durchschnittswerten waren Eltern, deren
- Kind 1969 nicht im Kindergarten war,
etwa ebenso häufig sehr zufrieden (23% zu 24%),
relativ seltener zufrieden (32% zu 43%),
häufiger weniger zufrieden (26% zu 42%) und
relativ häufiger unzufrieden (19% zu 10%);

- Eltern, deren Kind 1969 im Kindergarten war, waren
  etwas häufiger sehr zufrieden (26% zu 24%),
  seltener zufrieden (26% zu 43%),
  relativ häufiger weniger zufrieden (31% zu 23%) und
  relativ häufiger unzufrieden (18% zu 10%);
- Eltern, von deren Kind unbekannt ist, ob es 1969 im Kindergarten war, waren im Vergleich mit den Durchschnittswerten
  ebenso häufig sehr zufrieden (je 24%),
  relativ häufiger zufrieden (53% zu 43%),
  relativ seltener weniger zufrieden (19% zu 23%) und
  relativ seltener unzufrieden (4% zu 10%).
  (CCkorr.= 35,6%)

Eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder-u.Jgd-psychiatrie auf das Kind glaubten feststellen zu können:
48% der Eltern, deren Kind 1969 keinen Kindergarten besuchte,
33% der Eltern, deren Kind 1969 einen Kindergarten besuchte
und 67% der Eltern, von deren Kind unbekannt ist, ob es
1969 einen Kindergarten besuchte.
(CCkorr.= 37,7%)

Eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder-u.Jgd-psychiatrie auf die Eltern- Kind Beziehung glaubten jeweils 45% der Eltern, deren Kind einen oder keinen Kindergarten besuchte, feststellen zu können; 67% der Eltern, von deren Kind unbekannt ist, ob es 1969 einen Kindergarten besuchte, glaubten diese Auswirkung feststellen zu können. (CCkorr.= 29,3%)

VI.3.10 Zusammenhang: Ausbildung 1969 mit weiterer Entwicklung

Zur Berechnung der Nicht-Zufälligkeit von Zusammenhängen zwischen der Ausbildung 1969 und Merkmalen der weiteren Entwicklung konnten Daten der früheren Berufsausbildung nicht berücksichtigt werden, da diese zu selten vorhanden waren.

Die Art der Schulausbildung steht in folgendem Zusamenhang mit der weiteren Entwicklung:
ehemalige Patienten, die 1969 die Sonderschule besuchten, nahmen 1977 relativ häufiger Medikamente ein (34%; absolut: 10 von 19) als ehemalige Grundschüler (9%), Hauptschüler (7%) und Gymnasiasten (9%).
(CCkorr.= 32%)

Von den schul- bzw. arbeitsfähigen Kindern, die 1977 nicht mehr zur Schule gingen, waren bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung
- von den ehemaligen Sonderschülern 54% in einer Berufsausbildung (gewesen) (absolut: 13 von 24),
- von den ehemaligen Grundschülern waren 83% in einer Berufsausbildung (gewesen),
- ehemalige Hauptschüler waren zu 86% in einer Berufsausbildung (gewesen) und
- ehemalige Realschüler und Gymnasiasten waren zu 89% in einer Berufsausbildung (gewesen).
(CCkorr.= 32,6%)

Von denjenigen, die bis zum Jahr 1977 eine Berufsausbildung abgeschlossen oder abgebrochen hatten, war der Anteil der Ausbildungsabbrecher
- bei ehemaligen Sonderschülern 50% (absolut 6 von 12),
- bei ehemaligen Grundschülern 35%, bei ehemaligen Hauptschülern 15% und bei ehemaligen Realschülern und Gymnasiasten 20%.
(CCkorr.= 38,8%)

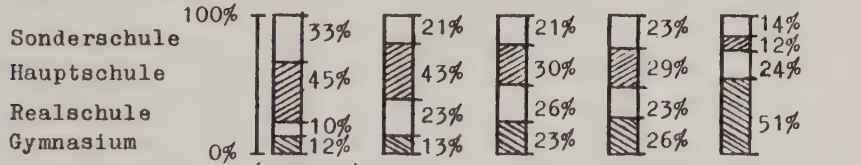
Arbeitslos waren in den beiden Jahren vor der Nachuntersuchung (von denjenigen ehemaligen Patienten, die laut Angaben der Eltern dazu nicht zu jung waren):
43% der ehemaligen Sonderschüler, 11% der ehemaligen Grundschüler, 19% der ehemaligen Hauptschüler und 15% der ehemaligen Realschüler und Gymnasiasten. (CCkorr.= 30%)

Eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Bekannten oder Freunden hatten 1977
46% der ehemaligen Sonderschüler,
75% der ehemaligen Grundschüler,
79% der ehemaligen Hauptschüler und
81% der ehemaligen Realschüler und Gymnasiasten.
(CCkorr.= 35,6%)

VI.3.11 Zusammenhang: Beruf des Vaters/der Mutter mit weiterer Entwicklung

Zwischen der Art des Berufs des Vaters bzw. der Mutter des ehemaligen Patienten im Jahr 1969 und dessen weiterer Entwicklung bestehen folgende Zusammenhänge:

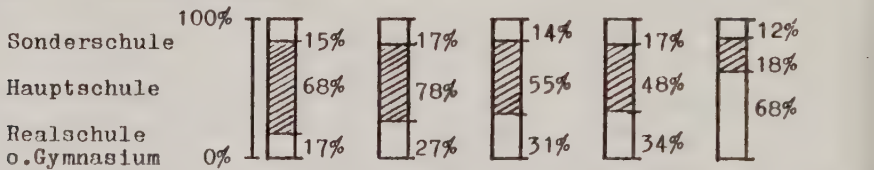
Schulausbildung 1977:



- Unter den Kindern von Hilfsarbeitern oder angelernten Arbeitern besuchten 1977, verglichen mit den Durchschnittswerten,
  relativ mehr die Sonderschule (33% zu 22%),
  relativ mehr die Hauptschule (45% zu 34%),
  relativ weniger die Realschule (10% zu 22%) und
  relativ weniger ein Gymnasium (12% zu 22%);
- Kinder von Facharbeitern besuchten 1977, verglichen mit den Durchschnittswerten,
  etwa ebenso häufig die Sonderschule (21% zu 22%),
  häufiger die Hauptschule (43% zu 34%),
  etwa ebenso häufig die Realschule (23% zu 22%) und
  relativ seltener das Gymnasium (13% zu 22%);
- Kinder von Angestellten besuchten
  etwa ebenso häufig die Sonderschule (21% zu 22%),
  relativ seltener die Hauptschule (30% zu 34%),
  relativ häufiger die Realschule (26% zu 22%) und
  etwa ebenso häufig das Gymnasium (23% zu 22%);

- Kinder von selbständigen Handwerkern und von anderen Selbständigen mit einem kleinen Betrieb waren 1977 etwa ebenso häufig in der Sonderschule (23% zu 22%), seltener in der Hauptschule (23% zu 34%) und relativ häufiger in der Realschule (29% zu 22%) und auf dem Gymnasium (26% zu 22%);
- Kinder von Beamten und von Akademikern waren, verglichen mit den Durchschnittswerten, relativ seltener in der Sonderschule (14% zu 22%), relativ seltener in der Hauptschule (12% zu 34%) und relativ häufiger in der Realschule (24% zu 22%) bzw. auf dem Gymnasium (51% zu 22%). (CCkorr.= 44%)

frühere Schulausbildung:

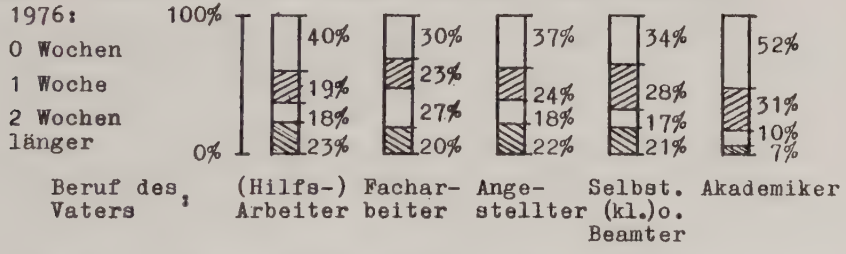


Mit der Art der vor 1977 zuletzt besuchten Schule steht der Beruf des Vaters in folgendem Zusammenhang:

- Kinder von Hilfsarbeitern oder angelernten Arbeitern waren, verglichen mit den Durchschnittswerten, etwa ebenso häufig zuletzt in der Sonderschule (15% zu 14%), relativ häufiger in der Hauptschule (68% zu 53%) und relativ seltener in der Realschule oder auf dem Gymnasium (17% zu 33%);
- Kinder von Facharbeitern waren zuletzt relativ häufiger in der Sonderschule (17% zu 14%), relativ häufiger in der Hauptschule (78% zu 53%) und relativ seltener in der Realschule oder auf dem Gymnasium (27% zu 33%);
- Kinder von Angestellten waren zuletzt ebenso häufig in der Sonderschule (je 14%), relativ häufiger in der Hauptschule (55% zu 53%) und relativ seltener auf dem Gymnasium (31% zu 33%);

- Kinder von selbständigen Handwerkern und von anderen Selbständigen mit einem kleinen Betrieb waren zuletzt relativ häufiger in der Sonderschule (17% zu 14%), relativ seltener in der Hauptschule (48% zu 53%) und etwa ebenso häufig in der Realschule oder auf dem Gymnasium (34% zu 33%);
- Kinder von Beamten und von Akademikern waren zuletzt etwas seltener in der Sonderschule (12% zu 14%), relativ seltener in der Hauptschule (18% zu 53%) und relativ häufiger in der Realschule bzw. auf dem Gymnasium (68% zu 33%).
(CCkorr.= 45%)

Dauer der Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit:



Mit der Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit steht der Beruf des Vaters in folgendem Zusammenhang:

- Kinder von Hilfsarbeitern oder angelernten Arbeitern waren 1976, verglichen mit den Durchschnittswerten, etwas häufiger 0 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (40% zu 38%), relativ seltener 1 Woche wegen Krankheit arbeitsunfähig (19% zu 24%), etwa ebenso häufig 2 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (18% zu 19%) und relativ häufiger längere Zeit wegen Krankheit arbeitsunfähig (23% zu 19%);
- Kinder von Facharbeitern waren 1976 relativ seltener als der Durchschnitt der Kinder 0 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (30% zu 38%), etwa ebenso häufig wegen Krankheit 1 Woche lang arbeitsunfähig (23% zu 24%), relativ häufiger 2 Wochen lang wegen Krankheit arbeitsunfähig (27% zu 19%) und etwa ebenso häufig längere Zeit wegen Krankheit arbeitsunfähig (20% zu 19%);

- Kinder von Angestellten waren etwa ebenso häufig 0 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (37% zu 38%), ebenso häufig 1 Woche wegen Krankheit arbeitsunfähig (je 24%), etwa ebenso häufig 2 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (18% zu 19%) und relativ häufiger längere Zeit wegen Krankheit arbeitsunfähig (22% zu 19%);
- Kinder von selbständigen Handwerkern, Selbständigen mit kleinem Betrieb und von Beamten waren, verglichen mit den Durchschnittswerten, relativ seltener 0 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (34% zu 38%), relativ häufiger 1 Woche wegen Krankheit arbeitsunfähig (28% zu 24%), relativ seltener 2 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (17% zu 19%) und relativ häufiger längere Zeit wegen Krankheit arbeitsunfähig (21% zu 19%);
- Kinder von Akademikern waren 1976, verglichen mit den Durchschnittswerten, relativ häufiger 0 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (52% zu 38%), relativ häufiger eine Woche wegen Krankheit arbeitsunfähig (31% zu 24%), relativ seltener 2 Wochen wegen Krankheit arbeitsunfähig (10% zu 19%) und relativ seltener längere Zeit wegen Krankheit arbeitsunfähig (7% zu 19%).

(CCkorr.= 25,6%)

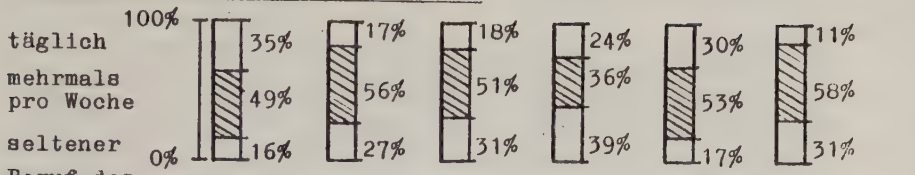
Der Zusammenhang zwischen Wohn-Ort der ehemaligen Patienten 1977 und dem Beruf des Vaters konnte nur für die Wohn-Orts- Möglichkeiten "bei den Eltern" und "in der eigenen Wohnung" untersucht werden.

- 14% der Kinder von Hilfsarbeitern und angelernten Arbeitern wohnten in der eigenen Wohnung ([1],
- 8% der Kinder von Facharbeitern wohnten in der eigenen Wohnung (
- 12 % der Kinder von Angestellten wohnten in der eigenen Wohnung ([3],
- 7% der Kinder von selbständigen Handwerkern, von Selbständigen mit eigenem kleinem Betrieb und von Beamten wohnten in der eigenen Wohnung ([4] und
- 22% der Kinder von Akademikern wohnten in der eigenen Wohnung ([5] .

(CCkorr.= 19,2%)

([1]: Kinder von Arbeitern, deren Entwicklung bekannt ist, waren insgesamt zu 39% älter als 18 Jahre (1977)
([2]: hier betrug dieser Anteil: 30% älter als 18 Jahre alt
([3]: hier betrug dieser Anteil: 42% älter als 18 Jahre alt
([4]: hier betrug dieser Anteil: 46% älter als 18 Jahre alt
([5]: hier betrug dieser Anteil: 52% älter als 18 Jahre alt

Häufigkeit von Freizeitkontakten :



— Kinder von Hilfsarbeitern oder angelernten Arbeitern haben, verglichen mit den Durchschnittswerten, häufiger täglich Kontakte (35% zu 21%) und seltener mehrmals pro Woche (49% zu 52%) und seltener weniger Kontakt (16% zu 26%);

— Kinder von Facharbeitern haben relativ seltener täglich Kontakte(17% zu 21%), relativ häufiger mehrmals pro Woche Kontakte (56% zu 52%) und etwa ebenso häufig weniger Kontakte (27% zu 26%);

— Kinder von Angestellten haben, verglichen mit den Durchschnittswerten, relativ seltener täglich Kontakte mit Bekannten oder Freunden (18% zu 21%), etwa ebenso häufig mehrmals pro Woche Kontakte (51% zu 52%) und relativ häufiger weniger Kontakte (31% zu 26%);

— Kinder von selbständigen Handwerkern und von Beamten haben relativ häufiger täglich Kontakte (24% zu 21%), relativ seltener mehrmals pro Woche Kontakte (36% zu 52%) und relativ häufiger weniger Kontakte (39% zu 17%);

— Kinder von Selbständigen mit einem kleinen Betrieb und von freiberuflichen Akademikern haben relativ häufiger täglich Freizeitkontakte (30%zu 21%), etwa ebenso häufig mehrmals pro Woche Kontakte (53% zu 52%) und relativ seltener weniger Kontakte (17% zu 26%);

— Kinder anderer Akademiker hatten relativ seltener täglich Freizeitkontakte (11% zu 21%), relativ häufiger mehrmals pro Woche Kontakte (58% zu 52%) und relativ häufiger weniger Kontakte (31% zu 26%).

(CCkorr.= 28,2%)

VII. Erklärung der nachgewiesenen Zusammenhänge

In diesem Kapitel wird versucht, die in Kapitel VI. dargestellten statistischen Zusammenhänge zu erklären. Bevor zu diesem Zweck die eingangs dargestellten Überlegungen zum Gegenstand der Untersuchungen aufgegriffen werden, wird mit Bezug auf Kapitel IV. und V. untersucht, ob spezifische Krankheitsspektren als intervenierende Variablen die nachgewiesenen Zusammenhänge verursachten.

VII.1. Erklärung des Zusammenhangs zwischen häufigem Wechsel der Bezugsgruppe und weiterer Entwicklung

Die Bedeutung eines häufigen Wechsels der Bezugsgruppe, welcher eindeutig negativ mit der Entwicklung der ehemaligen Probleme und neuer Symptome, mit seit 1969 entstandener familiärer Belastung, mit der Berufsausbildung und mit dem Wohnort 1977 (häufiger Heimunterbringung und Wohnort "Anderswo") zusammenhängt, kann in keinem dieser Zusammenhänge mit der Verteilung verschiedener Symptomgruppen (Aufteilung s. Kap. IV. u. V.) erklärt werden.
Demnach wirkt sich ein häufiger Wechsel der Bezugsgruppe vor dem 10. Lebensjahr auch nach der Therapie in der Kinder-u. Jugendpsychiatrie insbesondere auf psychische Schwierigkeiten und familiäre Probleme und weniger auf Ausbildung und Beruf aus, weil unter diesen Voraussetzungen eine primäre Bindung, welche hauptsächlich die Entwicklung der emotionalen Stabilität positiv beeinflußt, weniger leicht entstehen kann.
Der größere Anteil an 1977 im Heim und "Anderswo" Wohnenden unter den Patienten mit häufigem Wechsel der Bezugsgruppe erklärt sich nicht aus Altersunterschieden sondern damit, daß dieser Anteil höchstwahrscheinlich schon 1969 größer als im Durchschnitt war.(vgl. Kap. VII.3.).

VII.2. Erklärung des Zusammenhangs zwischen familiärer Situation 1969 und weiterer Entwicklung

Der Zusammenhang zwischen dem Umstand, ob die Patienten juristisch gesehen in einer Normalfamilie lebten oder nicht und der Entwicklung der ehemaligen Symptome kann nicht mit dem Krankheitsspektrum erklärt werden. Jedoch verweist die Tatsache, daß die Symptome von Kindern aus Normalfamilien, verglichen mit denjenigen von Kindern aus geschiedenen etc. Ehen, sich weniger veränderten - zum Guten wie zum Schlechten - darauf, daß sich die Familiensituation in einer Normalfamilie relativ seltener bzw. weniger verändert, wodurch die Symptome und Probleme des Kindes entsprechend beeinflußt werden.
Der Zusammenhang zwischen dem Familienstand der Eltern 1969 und Wohnort der Kinder 1977 hat verschiedene Gründe:
Von den ehemaligen Patienten aus geschiedenen etc. Ehen war 1977 gegenüber Kindern aus Normalfamilien ein größerer Anteil älter als 18 Jahre was erklärt, daß davon 1977 relativ mehr in der eigenen Wohnung wohnten.
Der relativ größere Anteil an in Heimen und "Anderswo" Wohnenden in der Gruppe der Patienten, deren Eltern 1969 geschieden, alleinstehend etc. waren, weshalb sie sich häufiger dazu entschlossen, ihre Kinder in einem Heim bzw. Internat unterzubringen.

VII.3. Erklärung des Zusammenhangs zwischen Aufenthalt des Kindes im Jahr 1969 und weiterer Entwicklung

Die relativ häufiger neu entstandene Belastung von Familien, deren Kind 1969 nicht bei den Eltern wohnte kommt wohl daher, daß zwischenzeitlich ca. 75% dieser Patienten den Wohn - Ort gewechselt hatten so daß 1977 58% dieser Patienten bei den Eltern wohnten; die dadurch verursachten Veränderungen in der Familienstruktur können zu Problemen in der Familie geführt haben.

Die Tendenz, daß ehemalige Patienten, welche 1969 nicht bei den Eltern sondern bei Stiefeltern, in Heimen etc. lebten, auch 1977 seltener bei den Eltern lebten erklärt sich daraus, daß 1969 und 1977 der Anteil an wegen "anderen Verhaltensauffälligkeiten" eingewiesenen Kindern, also auch an Kindern mit schwereren Verhaltensstörungen, welche deshalb in Heimen untergebracht sind, besonders hoch ist; außerdem waren von denjenigen Kindern, welche 1969 nicht bei ihren Eltern wohnten, relativ mehr im Jahr 1977 älter als 18 Jahre, was sich insbesondere auf den Anteil derer, welche in der eigenen Wohnung wohnten, auswirken dürfte.

VII.4. Erklärung des Zusammenhangs zwischen Kinderzahl in der Familie des Patienten und weiterer Entwicklung

Der Zusammenhang zwischen Familiengröße und damit, wie die Eltern die Behandlung in der Jugendpsychiatrie rückblickend beurteilten hat in den Urteilen sehr zufrieden, weniger zufrieden und unzufrieden keine eindeutige Tendenz im Sinne von "je mehr Kinder, desto eher...". Nur das Urteil zufrieden wurde - mit Schwankungen - umso häufiger abgegeben, je größer die Familie war. Inwiefern dies mit dem Therapieerfolg oder mit dem Verhalten der Ärzte zusammenhängt kann ich nicht beurteilen.

VII.5. Erklärung des Zusammenhangs von Position in der Geschwisterreihe und weiterer Entwicklung

Die fallende Tendenz im Schul-Ausbildungsniveau von Ältesten über Mittlere zu den Jüngsten kann damit erklärt werden, daß die Eltern i.a. die ersten Kinder, was Haufgaben und Vorbereitung von Schularbeiten anbelangt, stärker beeinflussen als die folgenden Kinder.
Die Zusammenhänge zwischen der Position in der Geschwisterreihe und Verhalten in der Freizeit können mit den Gründen obiger Ergebnisse erklärt werden, wonach

einerseits die Eltern eher die ersten Kinder dazu drängen, zuhause zu bleiben und Hausaufgaben zu machen, wogegen sich andererseits die Kinder eins nach dem anderen besser durchsetzen: die Ältesten benötigen dazu eher eine bestimmte Freizeitbeschäftigung mit Freunden, treffen sich aber seltener als die anderen; mittlere Kinder treffen sich etwa durchschnittlich häufig mit ihren Freunden, wobei sie seltener als die anderen Kinder einer bestimmten Beschäftigung nachgehen und die Jüngsten, welche ebenso häufig wie im Durchschnitt bestimmte Freizeitbeschäftigungen mit Freunden haben, treffen sich relativ am häufigsten mit ihren Freunden.
Insgesamt finden sich unter den Kindern, welche 1969 wegen "anderen Verhaltensauffälligkeiten" eingewiesen worden waren gehäuft älteste Kinder und einerseits Kinder, welche 1977 höhere Schultypen besuchten; andererseits fanden sich dabei mehr Kinder, welche relativ seltener täglichen Freizeitkontakt mit Freunden hatten.

VII.6. Erklärung des Zusammenhangs zwischen Belastung der Familie und weiterer Entwicklung

Der nachgewiesenermaßen negative Einfluß einer Belastung der Familie durch die Symptome des Kindes im Jahr 1969 auf die Veränderung dieser Symptome bzw. auf die Entstehung neuer Symptome, welcher nicht mit dem Krankheitsspektrum erklärt werden kann, unterstreicht noch einmal die in Kap. II.2.1. allgemein dargestellte Bedeutung der familiären Situation für die Entwicklung psychischer Störungen von Kindern. Allerdings ist dieses Ergebnis weniger valide als andere, da die Eltern möglicherweise die familiäre Situation im Jahr 1969 aufgrund der Problementwicklung im nachhinein uminterpretierten.
Der Zusammenhang frühere Belastung der Familie - Wohn-Ort 1977 läßt sich einerseits aus dem Krankheitsspektrum erklären: so wurde in der Familie von Kindern, welche wegen Schulschwierigkeiten oder körperlichen Beschwerden eingewiesen wurden und welche relativ häufiger im Jahr 1977 bei den Eltern wohnten relativ seltener eine frühere Belastung angegeben; umgekehrt besteht ein Zusammenhang bei den Kindern, welche wegen "sonstiger Verhaltensauf-

fälligkeiten" eingewiesen wurden (größere Belastung - weniger zuhause), von denen jedoch 1977 relativ viele älter als 18 Jahre alt waren.
Andererseits unterstützt wohl zusätzlich zum Krankheitsspektrum und neben der verschiedenen Altersstruktur (vgl. VI.2.6.) eine Belastung der Familie durch die Probleme des Kindes den Entschluß, sich von der elterlichen Familie zu trennen und in eine eigene Wohnung zu ziehen; umgekehrt kann ein Aufenthalt im Heim oder "Anderswo" (z.T. Strafanstalt) im Jahr 1977 ebensogut Folge wie Ursache familiärer Belastungen sein.
Die Wirkung der familiären Belastung auf das Freizeitverhalten 1977, welche nicht mit dem Spektrum der Einweisungsgründe des Jahres 1969 zusammenhängt, zeigt sich hauptsächlich in dem größeren Anteil derer, die sich seltener als 1mal pro Woche mit ihren Freunden treffen. Dies liegt zum einen wohl daran, daß diese Kinder an besonders schweren Symptomen leiden, weshalb sie unfähig zu sozialen Kontakten sind und wodurch deren Familie belastet war; andererseits können Familienmitglieder in gestörten Familien, zu deren Stabilisierung ein symptombeladenes Kind benötigt wird, diesem Kind andere Sozialkontakte, welche evtl. das leidlich hergestellte Gleichgewicht in Gefahr brächten, unterbinden.
Die Tendenz, daß 1969 nicht belastete Familien mit der Behandlung zufriedener als ehemals belastete Familien waren hängt zu einen damit zusammen, daß wegen Schulschwierigkeiten und körperlichen Auffälligkeiten eingewiesene Kinder relativ seltener aus belasteten Familien stammen und häufiger zufriedene Eltern haben. Zum anderen kann die schlechtere Entwicklung der Symptome in ehemals belasteten Familien (s.o.) zur geringeren Zufriedenheit geführt haben. Dennoch hängt die Belastung der Familie interessanterweise nicht - zumindest nicht statistisch signifikant - mit dem Urteil der Eltern über den Behandlungserfolg zusammen.

VII.7. Erklärung des Zusammenhangs zwischen Kontaktfähigkeit und weiterer Entwicklung

Unter allen untersuchten Variablen des familiär-sozialen Bereichs korrelliert die frühere Kontaktfähigkeit am häufigsten mit Merkmalen der weiteren Entwicklung. (vgl. Kap. VI.2.)
Diese Bedeutung der Kontaktfähigkeit kann beinahe([1] in jedem dieser Zusammenhänge - zu einem gewissen Teil - damit erklärt werden, daß wegen "Entwicklungshemmung und -störung u.a." ([2] Gründen eingewiesene ehemalige Patienten wegen der Art ihrer Krankheit einerseits weniger kontaktfreudig sind bzw. waren, andererseits die zu diesen Einweisungsgründen führenden Krankheiten (überwiegend Frühkindliche Hirnschädigung, Schwachsinn, Konstitutionsanomalien und Mißbildungen) sich langfristig negativ auf die Entwicklung auswirken.
Allerdings stellen diese Kinder, die wegen "Entwicklungshemmung und -störung u.a." Gründen eingewiesen wurden nur einen Anteil von 8% derjenigen, deren weitere Entwicklung bekannt ist([3], weshalb zusätzlich andere Gründe für diese Korrelationen existieren müssen, welche im Folgenden dargestellt sind:

([1]: Alle Zusammenhänge außer: Kontaktfähigkeit mit früherer familiärer Belastung, mit Schulbesuch vor 1977 und mit Ausbildungsabbruch, welche nicht beurteilt werden können; Kontaktfähigkeit mit Berufsausbildung, welcher ohne eindeutige Tendenz ist.
([2]: ca. 90% dieser Gruppe wurde wegen Entwicklungshemmung und -störung eingewiesen (vgl. Leidinger)
([3]: bezogen auf alle, welche in einer der 5 Untergruppen (vgl. Kap. IV.1. bzw. V.1.) erfaßt sind.

Der negative Einfluß früherer Kontaktschwierigkeiten auf die Entwicklung der damaligen Symptome und auf die Entstehung neuer Symptome kommt z.T. daher, daß wegen Einnässen u/o. Einkoten eingewiesene Kinder relativ weniger Kontaktschwierigkeiten hatten und sich - wie nicht anders zu erwarten - besonders häufig bis zur Symptomfreiheit entwickelten.(Allerdings entstanden bei diesen Kindern überdurchschnittlich häufig neue Symptome). Ansonsten verweist dieser Zusammenhang darauf, daß neurotische Fehlentwicklungen (Kontaktschwierigkeiten als Hinweis auf neurotische Reste vgl. Kap. III.4.3.) längerfristig Grundlage psychischer Probleme sein können.

Die negativen Auswirkungen früherer Kontaktschwierigkeiten auf Veränderung und Entstehung familiärer Belastungen wegen den Symtomen hängt z.T. ebenso damit zusammen, daß wegen Einnässen u/o. Einkoten eingewiesene Kinder relativ geringere Kontaktschwierigkeiten und eine relativ bessere Entwicklungstendenz bezüglich familiärer Belastung aufwiesen. Außerdem wirkt sich die durch Kontaktschwierigkeiten mitbedingte schlechtere Entwicklung der Symtome (s.o.) sicherlich belastend auf die Familie dieser Kinder aus, d.h. der Zusammenhang Kontaktschwierigkeiten - familiäre Belastung ist über die Symptomentwicklung vermittelt.

Die Tendenz, daß Patienten mit stärkeren Kontaktschwierigkeiten häufiger Medikamente einnehmen kommt sicherlich daher, daß diese Kinder aufgrund der Art ihrer medikamentös behandelten Krankheiten bzw. Symtome (vgl. Art der Medikamente Kap.V.2.8.) auch schon früher häufiger Kontaktschwierigkeiten hatten.

Die Zusammenhänge von Kontaktschwierigkeiten mit Variablen der Ausbildungs- und Berufssituation, welche teils eindeutig (Schulausbildung 1977 u. Abschluß der Berufsausbildung), teils tendenziell (frühere Schulausbildung u. Tatsache einer Berufsausbildung) in dieselbe Richtung weisen, können nur bezüglich des Berufsausbildungsabschlusses krankheitsspezifisch interpretiert werden: wegen körperlichen Auffällig-

keiten eingewiesene Kinder hatten einerseits 1969 relativ selten Kontaktschwierigkeiten und andererseits am seltensten die Ausbildung abgebrochen. Die anderen Zusammenhänge müssen wohl als Folge der, mit dem Ausbildungsniveau korrelierten Schichtzugehörigkeit der Patienten angesehen werden: so behindern unterschichtsspezifische, durch die Erziehung vermittelte Verhaltensweisen, welche auf Befehl und Gehorsam hinauslaufen eher die Bereitschaft zu neuen Kontakten; in Mittel- und Oberschichten werden hingegen zur Kindererziehung typischerweise "psychologische Methoden ...(wie)... vernünftiges Zureden, Gewissensappell und Drohung mit Liebesentzug" (Gottschalch u. Mitarb., 1974 S.100) angewandt, welche die Kontaktfähigkeit der Kinder voraussetzen und fördern.
Die positive Korrelation von ziemlichen oder sehr großen Kontaktschwierigkeiten mit der Unterbringung in Heimen erklärt sich damit, daß diese Patienten durch die Art und Stärke ihrer Krankheit, welche zur Heimunterbringung geführt hat auch im Kontaktbereich stark beeinträchtigt sind. Außerdem war ein Teil der 1977 in Heimen untergebrachten Kinder schon längere Zeit (auch 1969) dort, was deren Kontaktfähigkeit auch nicht gerade unterstützte.
Der eindeutige Zusammenhang zwischen früherer Kontaktfähigkeit und späterer Freizeitbeschäftigung mit Freunden bzw. Vereinsmitgliedschaft, wobei allein in der Krankheitsgruppe der Einkoter u/o. Einnässer geringe Kontaktschwierigkeiten mit hoher Vereinsmitgliedschaft korrellieren, zeigt, daß der 1977 realisierte Sozialkontakt von der früheren Kontaktfähigkeit, die sich allerdings insgesamt verbessert hat (vgl. V.2.4.), abhängt.
Der Einfluß früherer Kontaktschwierigkeiten auf das Urteil der Eltern über die Behandlung, welcher nicht mit dem Krankheitsspektrum zusammenhängt, ist wohl darüber vermittelt, daß sich die Symptome unddie familiäre Belastung von Kindern mit größeren Kontaktschwierigkeiten weniger positiv entwickelten (s.o.), weshalb deren Eltern rückblickend weniger zufrieden mit der Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen waren.

VII.8. Erklärung des Zusammenhangs zwischen Anzahl der berufstätigen Elternteile und weiterer Entwicklung

Die Tendenz, daß umso häufiger neue Symptome auftraten je weniger Elternteile berufstätig waren kommt z.T. daher, daß Einnässer u/o. Einkoter, welche überdurchschnittlich oft neue Symptome entwickelten relativ häufig aus Familien ohne berufstätiges Elternteil und relativ selten aus Familien stammen, in welchen beide Eltern berufstätig sind. Weitere Gründe für diese Tendenz können sein, daß neue Symptome eher bemerkt werden, wenn mehr Elternteile zuhause sind und daß durch overprotection mitverursachte Probleme umso häufiger entstehen können, je weniger Elternteile auswärts arbeiten.
Der Umstand, daß die ehemaligen Patienten ihre Berufsausbildung häufiger abbrachen wenn beide Eltern berufstätig waren hängt nicht mit dem Krankheitsspektrum zusammen sondern kommt wohl daher, daß Eltern, die nicht berufstätig sind stärkeren Einfluß die Energie ihrer Kinder, eine Berufsausbildung durchzustehen, nehmen können.

VII.9. Erklärung des Zusammenhangs zwischen Kindergartenbesuch und weiterer Entwicklung

Die Symptome der Kinder, welche 1969 keinen Kindergarten besuchten, entwickelten sich schlechter als Symptome von ehemaligen Kindergartenkindern weil die Kinder mit Entwicklungshemmungen, Anfällen, Absencen und anderen Symptomen meist chronisch verlaufender Krankheiten zum Großteil keinen Kindergarten besuchten und Kindergartenkinder eher wegen Auffälligkeiten kurzdauernder Krankheiten eingewiesen wurden. Weshalb sich allerdings die Symptome von Kindern, von denen das Merkmal Kindergartenbesuch unbekannt ist, am besten entwickelt haben, ist mir unerklärlich.
Der positive Einfluß eines früheren Kindergartenbesuchs darauf, ob die ehemaligen Patienten später eine Freizeitbeschäftigung mit Freunden haben und ob sie einem Verein angehören geht nicht mit dem Krankheitsspektrum parallel. Er kommt wohl daher, daß frühere intensive Kontakte mit anderen Kindern diese Kinder eher zu Sozialkontakten befähigen und auch entsprechende Bedürfnisse fördern.

Weil der Zusammenhang von Kindergartenbesuch und Urteil der Eltern über die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen keine eindeutige Tendenz aufweist, kann ich ihn nicht interpretieren.
Der Grund dafür, daß relativ weniger Eltern ehemaliger Kindergartenkinder eine günstige Auswirkung der Behandlung auf ihr Kind feststellten liegt wohl darin, daß wegen körperlichen Auffälligkeiten eingewiesene Kinder, deren Symptome sich besser als im Durchschnitt entwickelten (vgl. Kap. V.2.1.), einerseits am seltensten von allen Kindern im Kindergarten waren; andererseits wirkte sich die Behandlung auf diese Kinder nach Meinung der Eltern häufiger als im Durchschnitt positiv aus.

VII.10. Erklärung des Zusammenhangs zwischen Ausbildung 1969 und weiterer Entwicklung

Weshalb ehemalige Sonderschüler 1977 besonders häufig Medikamente einnahmen kann aus vorliegendem Datenmaterial nicht mit krankheitsspezifischem Schulbesuch erklärt werden; Kinder mit 1969 bekannten, medikamentös zu behandelnden Leiden besuchten nämlich durchschnittlich häufig die Sonderschule ([1].
Die Tendenz, daß die ehemaligen Patienten bis zum Jahr 1977 umso häufiger ohne Berufsausbildung waren bzw. die Ausbildung abbrachen, je geringer ihr Ausbildungsniveau in der Schule war zeigt, daß auch die ehemaligen Patienten der Jugendpsychiatrie Tübingen nicht davon verschont bleiben, daß die Verteilung in verschiedene Schultypen gleichzeitig die späteren Möglichkeiten verteilt, überhaupt für einen Beruf ausgebildet zu werden bzw. für eine mehr oder weniger befriedigende Tätigkeit eine Ausbildung zu finden, die dementsprechend seltener oder häufiger abgebrochen wird.
Ebenso erklärt sich die höhere Arbeitslosenquote bei niedererem Schulausbildungsniveau aus den allgemeinen ausbildungsspezifischen Verhältnissen von offenen Stellen zu Arbeitslosen.
Die zunehmende Häufigkeit einer gemeinsamen Freizeitbeschäftigung mit Freunden mit höherem Schulniveau hängt teilweise damit zusammen, daß wegen Schulschwierigkeiten

([1]: Insbesondere besuchten wegen körperl. Auffälligkeiten eingewiesene Patienten durchschnittlich häufig die Sonderschule. Vgl. Kap V.2.9 und V.2.8.

eingewiesene Kinder relativ häufiger eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung hatten und relativ häufiger eine höhere Schulbildung erhielten. Außerdem entspricht dieser Zusammenhang der Tendenz anderer Untersuchungsergebnisse schichtspezifischen Freizeitverhaltens Erwachsener (vgl. Materialien zur ... 1973 S.213 u. S.362).

VII.11 Erklärung des Zusammenhangs zwischen Beruf der Eltern und weiterer Entwicklung

Der Zusammenhang von steigendem Schulausbildungsniveau der ehemaligen Patienten, welches mit dem aufgrund des Berufs der Eltern vermuteten Schulbildungsniveau dieser korrelliert, ist verbunden mit krankheitsspezifischen Verteilungen des Schulniveaus der Kinder und der verschiedenen Berufe (vgl.4.2.12.). Ursächlich wirken in diesem Zusammenhang einerseits die, vom sozioökonomischen Status der Eltern abhängenden außerschulischen Sozialisationsprozesse, wodurch die Voraussetzungen dafür, ob und wie die mittelschichtsspezifischen Anforderungen der Schule an die Kinder von diesen erfüllt werden können, variieren. Andererseits ist der Beruf der Eltern für die Entstehung der verschiedenen Auffälligkeiten, welche zur Einweisung führten, entweder eine von mehreren Voraussetzungen oder indirekt wirkende Ursache oder mit anderen Ursachen verbunden, da ja der jeweilige Beruf der Eltern vor den Einweisungsgründen existierte und beide zusammenhängen.
Die einzelnen berufsspezifischen Zusammenhänge können leider aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht erklärt werden.
Die Dauer der Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit der Kinder aus Krankheitsgründen im Jahr 1976 unterscheidet sich zwar in den verschiedenen Berufsgruppen signifikant, jedoch ohne erkennbare Tendenz. Da ich zu diesem Punkt keine vergleichbaren Ergebnisse kenne, bleibt dieses Ergebnis ohne Interpretation.
Der Anteil an ehemaligen Patienten, welche 1977 in der eigenen Wohnung wohnten, veränderte sich parallel mit dem Anteil der über 18-jährigen je Berufsgruppe, ausgenommen Kinder von selbständigen Handwerkern, anderen Selbständigen mit einem kleinen Betrieb und von Beamten, welche relativ seltener in der eigenen Wohnung wohnten. Dieser

Unterschied, welcher nicht mit dem Krankheitsspektrum zusammenhängt, kommt wohl daher, daß ein Teil der Kinder, deren Eltern einen eigenen Betrieb besitzen, auch in diesem Betrieb arbeitet und deshalb zuhause wohnt.
Die oben angegebenen Zusammenhänge zwischen früherer Kontaktfähigkeit, sozialer Schichtzugehörigkeit und einer gemeinsamen Freizeitbeschäftigung mit Freunden (Kap.VII.7.) bzw. zwischen Ausbildungsniveau und gemeinsamer Freizeitbeschäftigung lassen eine positive Korrelation von elterlichem Beruf mit der Häufigkeit gemeinsamer Freizeitbeschäftigung vermuten, die jedoch nicht nachgewiesen wurde. Allerdings wurde ein anderer Einfluß der Schichtzugehörigkeit auf das Freizeitverhalten der ehemaligen Patienten nachgewiesen, wonach mit zunehmendem, aufgrund des Berufs vermuteten Ausbildungs- und Einkommensniveau der Eltern sich die Kinder seltener mit Freunden treffen und zusätzlich die Kinder von Selbständigen und Freiberuflichen relativ häufiger Kontakt haben. Diese Ergebnis widersprich einerseits den mir bekannten Ergebnissen über schichtspezifisches Freizeitverhalten Erwachsener(!); andererseits berichtet Schmitz-Scherzer, daß Lehrlinge überdurchschnittlich häufig ihre Freizeit mit Freunden verbringen (Schmitz-Scherzer, 1978 S.49), was tendenziell obigem Ergebnis entspricht.

VIII. Übersicht: Merkmale des familiär-sozialen Bereichs, die tendenziell mit derselben Entwicklung der Patienten bzw. mit demselben Urteil der Eltern zusammenhängen

Im Gegensatz zu den vorangehenden Kapiteln, in welchen die Zusammenhänge nach Einflußgrößen geordnet dargestellt und interpretiert wurden, orientiert sich die Darstellung in diesem Kapitel an den Merkmalen der weiteren Entwicklung. Für jedes Merkmal (z.B. Symptomentwicklung, Ausbildung 1977) werden dabei diejenigen Vorraussetzungen bzw. indirekte oder direkte Ursachen summarisch aufgeführt, welche sich eindeutig negativ auswirken bzw. Voraussetzung einer negativen Entwicklung sind ([1], da therapeutische u/o sozialpolitische Konsequenzen von diesen Merkmalen ausgehen müssen. ([2].

Merkmale, die Ursache oder Bedingung einer positiven Entwicklung sind, ergeben sich durch Umkehrung der Zusammenhänge.

VIII.1 Merkmale, die eindeutig mit einer negativen Entwicklung der Patienten zusammenhängen

Die früheren Symptome und Probleme entwickeln sich eindeutig weniger gut bei
- häufigem Wechsel der Bezugsgruppe
- früherer Belastung der Familie durch die Beschwerden
- Kontaktschwierigkeiten der Patienten.

Neue Beschwerden u/o Probleme entstanden häufiger bei
- häufigem Wechsel der Bezugsgruppe
- Belastung der Familie durch die Beschwerden
- Kontaktschwierigkeiten des Patienten
- Kindern, deren Eltern beide nicht berufstätig waren und etwas häufiger, wenn nur ein Elternteil berufstätig war.

Ehemalige familiäre Belastungen wegen den Beschwerden verringerten sich weniger und neue familiäre Belastungen entstanden häufiger bei
- Kontaktschwierigkeiten der Patienten.

([1]: Z.T. ist diese Zuordnung unmöglich.

([2]: Zur logischen Qualität und statistischen Quantität der Zusammenhänge s. Kap. VII. u. VI.

Medikamente wurden häufiger eingenommen von
- Patienten mit Kontaktschwierigkeiten
- Sonderschülern als von Schülern anderer Schulen

Das Niveau der Schulausbildung war z.Zt. der Nachuntersuchung geringer
- bei mittleren Kindern und noch geringer bei den jüngsten Kindern
- je größer die Kontaktschwierigkeiten der Patienten waren
- bei geringerem, aufgrund des Berufs vermuteten Ausbildungsniveau der Eltern

Das Niveau der Schulausbildung vor der Nachuntersuchung war geringer
- je größer die Kontaktschwierigkeiten der Patienten waren
- bei geringerem, aufgrund des Berufs vermuteten Ausbildungsniveau der Eltern

Keine Berufsausbildung hatten (von den Patienten, welche nicht zur Schule gingen und arbeitsfähig waren) mehr Patienten
- mit häufigem Wechsel der Berufsgruppe
- mit ziemlichen oder sehr großen Kontaktschwierigkeiten
- mit geringerem Schulbildungsniveau (z. Zt. der Aufnahme)

Die Berufsausbildung wurde häufiger abgebrochen
- je größer die Kontaktschwierigkeiten waren
- wenn beide Eltern berufstätig waren
- von Patienten mit geringerem Schulbildungsniveau

Arbeitslos waren im Jahr 1976 mehr
- ehemalige Sonderschüler als Schüler anderer Schultypen

In Heimen und "anderswo" (Internat, Vollzugsanstalt etc.) wohnten mehr Patienten ([1]
- mit häufigem Wechsel der Bezugsgruppe
- deren Eltern geschieden, alleinstehend etc. waren
- die schon früher (1969) nicht bei ihren Eltern wohnten
- deren Familie wegen der Beschwerden belastet war
- die ziemliche oder sehr große Kontaktschwierigkeiten hatten.

([1]; selbstverständlich kann ein Heim- bzw. Internatsaufenthalt nicht prinzipiell als "negative Entwicklung" angesehen werden.

Eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung wurde seltener angegeben

- bei mittleren Kindern (Jüngste durchschnittlich, Älteste hatten am häufigsten eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung)
- bei Patienten mit früheren Kontaktschwierigkeiten
- bei Patienten, die 1969 keinen Kindergarten besuchten (und damals im entsprechenden Alter waren)
- bei geringerem Schulniveau.

Relativ seltene Freizeitkontakte wurden angegeben bei

- Ältesten Kindern, gefolgt von mittleren Kindern
- Patienten, deren Familie wegen der Beschwerden belastet war
- höherem Ausbildungs- bzw Einkommensniveau der Eltern und bei nichtselbständig arbeitenden Eltern.

Weniger Vereinsmitglieder gab es bei Patienten

- mit früheren Kontaktschwierigkeiten
- die 1969 keinen Kindergarten besuchten (und im entsprechenden Alter waren)

VIII.2. Merkmale, die mit dem Urteil der Eltern über die Behandlung und deren Wirkungen zusammenhängen

Die Eltern waren mit der Behandlung

- um so seltener zufrieden, je weniger Kinder in der Familie der Patienten waren
- unzufriedener, wenn die Familie wegen der Beschwerden belastet war
- um so unzufriedener, je größer die Kontaktschwierigkeiten der Patienten waren
- in Abhängigkeit davon, ob ihr Kind 1969 den Kindergarten besuchte oder nicht ([1] unterschiedlich zufrieden, jedoch ohne eindeutige Tendenz.

Die Eltern stellten häufiger eine günstige Wirkung der Behandlung auf ihr Kind fest, wenn dieses bei der Aufnahme nicht im Kindergarten war.

([1]: bezogen auf Kinder im entsprechenden Alter

IX. Zusammenfassung

In dieser Arbeit, welche Teil einer größeren katamnestischen Studie der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen ist, wird der Einfluß von Variablen des familiär-sozialen Bereichs auf die Entwicklung der 1969 erstmals aufgenommenen Patienten bis zum Jahr 1977 untersucht.
Unter Berücksichtigung der durch die Methode gesetzten Grenzen der Untersuchung und der allgemeinen Probleme, Therapieziele näher zu bestimmen, wurde ein Fragebogen zur Weiterentwicklung der ehemaligen Patienten erstellt und an die Eltern versandt.
Bei einer Rücklaufquote von 52% wurden die Angaben der Eltern über die psycho-soziale Entwicklung von insgesamt 711 ehemaligen Patienten mit Daten der Krankenblätter und retrospektiv erfragten Angaben zur familiär-sozialen Situation im Jahr 1969 verglichen und mittels χ^2-Test statistisch signifikante Zusammenhänge nachgewiesen.
Demnach haben frühere Kontaktschwierigkeiten der ehemaligen Patienten die größte negative Bedeutung für die weitere Entwicklung (frühere Kontaktschwierigkeiten wurden retrospektiv von den Eltern erfragt).
Die Entwicklung der Beschwerden wird insbesondere durch häufigen Wechsel der Bezugsgruppe, durch eine frühere Belastung der Familie wegen der Symptome und durch frühere Kontaktschwierigkeiten negativ beeinflußt.
Die weitere Schul- und Berufsausbildung hängt hauptsächlich mit früheren Kontaktschwierigkeiten (geringeres Ausbildungsniveau bei größeren Kontaktschwierigkeiten), mit der Schulausbildung 1969 (gleichsinniger Zusammenhang) und mit dem Beruf der Eltern (gleichsinnig) zusammen.
Bestimmte Freizeitbeschäftigungen mit Freunden und häufige Freizeitkontakte wurden je nach Position in der Geschwisterreihe unterschiedlich häufig angegeben; geringe Kontaktschwierigkeiten und der Umstand, daß die Kinder früher im Kindergarten waren, korrellieren positiv mit diesen Freizeitdaten.
Die Eltern waren mit der Behandlung weniger zufrieden, je weniger Kinder in der Familie waren, bei Belastung der Familie durch die Symptome und je geringer die frühere Kontaktfähigkeit war, wobei z.T. ein Zusammenhang mit der Entwicklung der Probleme nachgewiesen wurde.

Als Konsequenz dieser Ergebnisse müssen einerseits Kinder und Jugendliche aus bestimmten familiär-sozialen Umgebungen, welche sich negativ auf die weitere Entwicklung auswirken, intensiver oder auch anders betreut werden. Andererseits müssen die Gründe für diese, die weitere Entwicklung negativ beeinflussenden familiär-sozialen Bedingungen und Ursachen, z.B. im Bereich des Schulwesens, behoben werden.

Literaturverzeichnis

Bastide, R.: Soziologie der Geisteskrankheiten, Köln: Kiepenhauer & Witsch 1973.

Becker, K.: Feldstudie über die räumliche Verteilung psychiatrischer Erkrankungen bei Jugendlichen in Tübingen, Tübingen: med. Diss. 1973.

Bericht zur Lage der Psychiatrie... s. Bundestagsdrucksache.

Bleckmann, K.H. und Bodemann, H.: Katamnestische Untersuchung bei Patienten aus der Erziehungsberatung, Prax. Kinderpsychol. u. Kinderpsychiatr. 1, 11 - 13 (1956).

Bolte, K.M., Kappe, D. und Neidhardt, F.: Soziale Ungleichheit, Opladen: Leske 1975.

Brückner, P.: Zur Sozialpsychologie des Kapitalismus, 5. Aufl. Frankfurt a.M.: EVA 1974.

Bundestagsdrucksache 7/4200 1975: Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - Bonn.

Bundesminister f. Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1977 - , Bonn.

Dührssen, A.: Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie, Z.psychosom. Med. 8, 94 - 114 (1962).

Dührssen, A.: Katamnestische Untersuchungen bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie, Praxis Kinderpsychol. 13, 241 - 255 (1964).

Ernst, K.: Die Prognose der Neurosen, Berlin: Springer 1959.

Ernst, K., Kind, H. und Rotach-Fuchs, M.: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen, Berlin: Springer 1968.

Friedrichs, F.: Methoden empirischer Sozialforschung, Reinbek: Rowohlt: 1973.

Garrett-Bleek, N., Hamacher, B. und Preiser, K.: Arbeit und Gesundheit - Analyse einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung -. In: Abholz, H.(Hrsg.), Krankheit und soziale Lage, Frankfurt a.M.: Campus 1976.

Geissler, B.u.Thoma, P.: Medizinsoziologie, Frankfurt a.M.: Campus 1975.

Gleiss,I., Seidel, R. und Abholz, R.: Soziale Psychiatrie, Frankfurt a.M.: Fischer Tb 1973.

Gottschalch, W., Neumann - Schönwetter, M. und Soukup, G.: Sozialisationsforschung, Frankfurt a.M.: Fischer Tb 1971.

Harbauer, H.: Katamnestische Studie verhaltensgestörter und psychogen-funktionell erkrankter Kinder. Köln: Habil.-Schrift 1960.

Harbauer, H.: Erfahrungen zur Methodik von Katamnesenerhebungen bei kinderpsychiatrischen Zustandsbildern, Bern: Huber 1967.

Hartfiel, G.: Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart: Kröner 1972.

Henkel, D. und Roer, D.: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD. In: Das Argument - Argument Sonderband 12, Karlruhe: Argument-Verlag 1976.

Landoni, G., Penning, R., Merius, G. et Bettschart, W.: Etude de la Clientele d'un service de Guidance Infantile: Considerations statistiques et epidemiologiques. Social Psychiatry 8, 1 - 15 (1973), Springer 1973.

Langen, D. Dr.: Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie, Stuttgart: Thieme 1956.

Lempp, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung, 3. Aufl. Bern: Huber 1975.

Lempp, R. und Wacker, H.: Anamnestische und katamnestische Untersuchungen über die Folgen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und ihre Bewertung. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete 5, 20 - 27 (1967). Bern: Huber 1967.

Leventhal, Th. Ph.D. and Weinberger, G. Ph.D.: Evaluation of a large-scale brief therapy program for children. Amer. J. Orthopsychiatr. 41(1), January 1975.

Maluccio, A.: Residental treatment of disturbed children: A study of service delivery. Child welfare 53, 225 - 235 (New York: 1974).

Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der BRD. Studienreihe des soziologischen Forschungsinstituts Göttingen, Frankfurt a.M.: EVA 1973.

Merkel-Neininger, U.: Der Einfluß der familiensoziologischen Situation auf den Verlauf der Enuresis, Med. Diss. Tübingen, Tübingen 1974.

Müller, Ch.: Zur Katamnese der Enuresis nocturna. Schw. Arch. Neurol. Psychiatr. 75, 172 - 180 (1955).

Pflanz, M.: Allgemeine Epidemiologie, Stuttgart: Thieme 1973.

Redlich, F.C. und Freedman, D.X.: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1976.

Richter, H.-E.: Patient Familie, Reinbek: Rowohlt Tb 1972.

Sachs, L.: Angewandte Statistik, 4. Aufl. Berlin: Springer 1973.

Scheuch, E.K. und Meyersohn, R. (Hrsg.): Soziologie der Freizeit, Köln: Kiepenhauer & Witsch 1972.

Schilling, J.: Jugend und Freizeit, 2. Aufl. Tübingen: 1974.

Schlange, H., Stein, B., Taneli, S. und Ulrich, i.: Frühkindliche Hirnschädigung und soziale Klasse. Mschr. Kinderheilk. 123, 72 - 76 (1975).

Schmitz-Scherzer, R.: Sozialpsychologie der Freizeit, Stuttgart: Kohlhammer 1974.

Schmitz-Scherzer, R.: Freizeit, Gleichheit... Psychologie heute , 26 - 32 (September 1975).

Schmitz-Scherzer, R.(Hrsg.), Kranzhoff, U.E., Kühn, D. und Plagemann, K.: Jugendliche in ihrer Freizeit - eine sozialpsychologische Analyse, Basel: Karger 1978.

Späth, H.: Cluster - Analyse - Algorithmen, München: Oldenbourg-Verlag 1975.

Stokvis, B.: Versuch einer Erfolgsstatistik über die Wirkung der Psychotherapie anhand katamnestischer Untersuchungen.
In: Speer, E.: Aktuelle Psychotherapie, München: Lehmanns Verlag 1958.

Stutte, H.: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete 5 (Vorwort), Bern: Huber 1967.

Winkler, W.Th.: Psychotherapeutische Zielsetzungen.
In: Die Vorträge der 5. Lindauer Psychotherapiewoche 1954, 57 - 74, Stuttgart: Thieme 1955.

Zillhardt, H.-W.: Felduntersuchung zur sozialen und räumlichen Gliederung der ambulanten Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen im Jahr 1970, Med. Diss. Tübingen, 1976.

Lebenslauf

Am 30. Mai 1953 wurde ich, Friedrich Kramer, als Sohn des Architekten Gerhard Kramer und der Fotografin Liesel Kramer geb. Daiber in Ulm geboren.
Im Frühjahr 1960 wurde ich in die Volksschule Ulm-Söflingen aufgenommen, von welcher ich im April 1964 an das humanistische Humboldt- Gymnasium Ulm überwechselte. Reifeprüfung am 20.6.1972.
Mein Medizinstudium begann ich im Sommersemester 1973 in Tübingen, wo ich nacheinander das Physikum (August 1975), den 1. Teil (September 1976) und den 2. Teil des Staatsexamens bestand.
Im April 1979 begann ich mit der Ausbildung im Praktischen Jahr im Bürgerhospital Stuttgart, wobei ich als Wahlfach Psychiatrie gewählt hatte.
Den 3. und letzten Teil des Staatsexamens legte ich am 21. April 1980 (letzter Prüfungstag) in Stuttgart und Reutlingen ab.
Während meines Studiums heiratete ich am 6. August 1976 Sybille Hackh, welche derzeit als Studienassessor im Immanuel- Kant- Gymnasium in Leinfelden arbeitet.

Fragebogen

Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen, da wir nur so zu gesicherten Ergebnissen über unsere Arbeit in der Jugendpsychiatrie gelangen können.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 20 Minuten.

Fragen zur Situation Ihres Kindes im Jahr 1969 und zum Verlauf der Beschwerden

Bitte diese Spalte nicht ausfüllen

1) Wegen welcher Probleme war Ihr Kind 1969 in der Jugendpsychiatrie in Tübingen ?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Probleme an!

- ○ Unruhe und Konzentrationsstörungen
- ○ Kopfschmerzen
- ○ Taubstummheit
- ○ Blindheit
- ○ Bewegungsstörungen, Haltungsstörungen, Tics
- ○ Einnässen
- ○ Einkoten
- ○ Anfallsleiden, anfallsähnliche Symptome
- ○ Weglaufen, Ausreißen
- ○ Schulschwierigkeiten
- ○ Erziehungsschwierigkeiten
- ○ Aggressivität
- ○ Entwicklungsrückstände
- ○ Sprachstörungen, Stottern

○ Ich weiß es nicht mehr

Falls Ihr Kind 1969 aus anderen Gründen in der Jugendpsychiatrie in Tübingen war, geben Sie diese Gründe bitte an :

.....

.....

5-6 ☐☐

7-8 ☐☐

9-10 ☐☐

11-12 ☐☐

2) Bestehen bei Ihrem Kind zur Zeit noch die gleichen Probleme wie im Jahre 1969 ?

Bitte kreuzen Sie die richtige Antwort an !

- ○ Nein
- ○ Ja, sie haben sich aber gebessert
- ○ Ja, sie sind gleich geblieben
- ○ Ja, sie haben sich verstärkt
- ○ Unser Kind hatte 1969 keine Probleme

13 ☐

3) Hatte Ihr Kind nach 1969 andere seelische Beschwerden oder hatten Sie nach 1969 andere Schwierigkeiten mit Ihrem Kind ?

- ○ Nein
- ○ Ja
- ○ Ich weiß es nicht mehr

14 ☐

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:
kreuzen Sie bitte die neuen Probleme an !

- ○ Unruhe und Konzentrationsstörungen
- ○ Kopfschmerzen
- ○ Taubstummheit
- ○ Blindheit
- ○ Bewegungsstörungen, Haltungsstörungen, Tics
- ○ Einnässen
- ○ Einkoten
- ○ Anfallsleiden, anfallsähnliche Symptome
- ○ Weglaufen, Ausreißen
- ○ Schulschwierigkeiten
- ○ Erziehungsschwierigkeiten
- ○ Aggressivität
- ○ Entwicklungsrückstände
- ○ Sprachstörungen, Stottern

Falls die neuen Probleme nicht in der Liste enthalten sind, geben Sie diese Probleme bitte an :

.....

.....

Bitte diese Sp
nicht ausfülle

15-16 ☐☐
17-18 ☐☐
19-20 ☐☐
21-22 ☐☐

War Ihre Familie 1969 durch die Probleme Ihres Kindes, die zur Untersuchung in der Jugendpsychiatrie geführt hatten belastet ? Gab es 1969 wegen dieser Probleme z.B. häufig Auseinandersetzungen in Ihrer Familie ?

Bitte diese Spalte nicht ausfüllen

Bitte kreuzen Sie die richtige Antwort an!

( ) Nein
( ) Ja
( ) Ich weiß es nicht 23 ☐

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:
Hat sich diese Belastung geändert ?

Diese Belastung unserer Familie

( ) besteht nicht mehr
( ) hat sich vermindert
( ) ist gleich geblieben
( ) hat sich verstärkt
( ) hat sich sehr verstärkt 24 ☐

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben:
Ist durch diese Probleme in der Zwischenzeit eine Belastung Ihrer Familie entstanden ?

Nein
Ja 25 ☐

Leidet Ihr Kind zur Zeit
unter häufigen Kopfschmerzen ?
○ Nein ○ Ja ○ Ich weiß nicht 26 ☐
an chronischen Atembeschwerden ?
○ Nein ○ Ja ○ Ich weiß nicht 27 ☐
an Verdauungsbeschwerden ?
○ Nein ○ Ja ○ Ich weiß nicht 28 ☐

6) Fand Ihr Kind in der Zeit vor der Untersuchung 1969 in der Jugendpsychiatrie leicht Kontakt zu anderen Kindern ? Konnte es damals zum Beispiel leicht mit anderen Kindern spielen oder mit Schulkameraden lernen oder mit Kollegen zusammenarbeiten ?

Bitte diese Spal nicht ausfüllen

Hatte Ihr Kind in dieser Beziehung Schwierigkeiten ?

- ○ Nein, überhaupt keine
- ○ Ja, geringe Schwierigkeiten
- ○ Ja, ziemliche Schwierigkeiten
- ○ Ja, sehr große Schwierigkeiten
- ○ Ich weiß es nicht mehr

29 ☐

Wenn 1969 Kontakt - Schwierigkeiten bestanden :
Haben sich diese Schwierigkeiten seither <u>verändert</u> ?

Diese Schwierigkeiten

- ○ haben sich sehr verbessert
- ○ haben sich verbessert
- ○ sind gleich geblieben
- ○ haben sich verschlechtert
- ○ haben sich sehr verschlechtert
- ○ Ich weiß es nicht

30 ☐

Fragen zur Beratung und Behandlung 1969

Bitte dies Spalte nicht ausfüllen

1) Wurde 1969 in der Jugendpsychiatrie eine mehrmalige Beratung oder Behandlung durchgeführt ?

- ○ Nein
- ○ Ja
- ○ Ich weiß es nicht mehr

31 ☐

2) Wurde 1969 von der Jugendpsychiatrie eine auswärtige Behandlung vermittelt oder empfohlen ?

- ○ Nein
- ○ Ja
- ○ Ich weiß es nicht mehr

32 ☐

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:

a) Wo wurde diese Behandlung durchgeführt ?

- ○ Beim Hausarzt
- ○ Beim Kinderarzt
- ○ Beim Nervenarzt
- ○ Bei einem Psychologen
- ○ In einer Erziehungsberatungsstelle
- ○ Bei einem anderen Facharzt

Bei . . . . . 33 ☐

b) Wie lange dauerte diese Behandlung ungefähr ?

. . . Monate / . . . Jahre 34 ☐

) Wenn 1969 eine Behandlung durchgeführt wurde: Konnte diese in der Jugendpsychiatrie oder auswärts begonnene Behandlung zu Ende geführt werden ?

- ○ Nein
- ○ Ja
- ○ Ich weiß es nicht mehr

35 ☐

Fragen zur weiteren Behandlung und Beratung nach 1969 Bitte diese Spa
nicht ausfüllen

1) War Ihr Kind nach der Behandlung von 1969 wieder in ambulanter Behandlung oder Beratung wegen Erziehungs- oder Verhaltensproblemen (in der Jugendpsychiatrie Tübingen oder außerhalb) ?

- ○ Nein
- ○ Ja
- ○ Ich weiß es nicht mehr

36 ☐

a) Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:

Wo wurde diese nach 1969 begonnene Behandlung durchgeführt ?

- ○ Beim Hausarzt
- ○ Beim Kinderarzt
- ○ Beim Nervenarzt
- ○ Bei einem Psychologen
- ○ In einer Erziehungsberatungsstelle
- ○ Bei einem anderen Facharzt
- ○ In der Jugendpsychiatrie Tübingen

Bei . . . . . 37 ☐

b) Wie lange dauerte diese Behandlung ungefähr ?

. . . Monate / . . . Jahre 38-39 ☐☐

c) Wie oft wurde diese Behandlung oder Beratung durchgeführt ? Bitte geben Sie die etwaige Zahl der Beratungen an : ..... 40-41 ☐☐

d) Wann wurde die letzte Beratung durchgeführt ?

○ 1970 ○ 1972 ○ 1974 ○ 1976
○ 1971 ○ 1973 ○ 1975 ○ 1977 42-43 ☐☐

2) Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter in den vergangenen acht Jahren wegen seelischer Erkrankungen stationär im Krankenhaus behandelt ?

Bitte diese Spalte nicht ausfüllen

○ Nein
○ Ja
○ Ich weiß es nicht mehr — 44 ☐

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben :

a) Wann war dieser Krankenhausaufenthalt(e) ?

○ 1970 ○ 1972 ○ 1974 ○ 1976
○ 1971 ○ 1973 ○ 1975 ○ 1977 — 45-46 ☐☐

b) Wie oft war Ihr Kind deshalb im Krankenhaus ?

○ 1 mal
○ Mehrmals
○ Ich weiß es nicht mehr — 47 ☐

c) Wie lange dauerten diese Aufenthalte insgesamt?

Etwa . . . . Wochen — 48-49 ☐☐

d) Welche seelischen Erkrankungen waren der Grund für den Krankenhausaufenthalt ?

. . . . . — 50-51 ☐☐

. . . . . — 52-53 ☐☐
(bitte ergänzen Sie)
. . . . . .

3) Nimmt Ihr Sohn / Ihre Tochter zur Zeit regelmäßig Medikamente ein ?

○ Nein
○ Ja
○ Ich weiß es nicht — 54 ☐

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:
Geben Sie bitte die Namen der Medikamente an: — 55 ☐

. . . . . — 56 ☐

. . . . . — 57 ☐

. . . . . — 58 ☐

59 ☐

60 ☐

Fragen zu Ausbildung und Beruf

Bitte diese Spa
nicht ausfülle

1) Besucht Ihr Kind zur Zeit die Schule ?

○ Nein
○ Ja — 61 ☐

a) Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:
welche Schule besucht Ihr Kind ?

○ Sonderschule B
○ Sonderschule L
○ Grundschule
○ Hauptschule
○ Realschule
○ Gymnasium
sonstige Schule: . . . . . — 62 ☐
(bitte angeben)

b) Wenn Sie mit Nein geantwortet haben:
In welcher Schule war Ihr Kind zuletzt ?

○ In der Sonderschule B
○ In der Sonderschule L
○ In der Grundschule
○ In der Hauptschule
○ In der Realschule
○ Im Gymnasium
○ In einer anderen Schule: . . . . . — 63 ☐
(bitte angeben)
○ Unser Kind war nicht schulfähig

Hat Ihr Kind einen Schulabschluß ?

○ Nein
○ Ja — 64 ☐

Wenn Ihr Kind einen Schulabschluß hat:
Um welchen Abschluß handelt es sich ?

○ Sonderschulabschluß
○ Hauptschulabschluß
○ Realschulabschluß
○ Fachhochschulreife
○ Abitur — 65 ☐
anderer Schulabschluß: . . . . . .
(bitte angeben)

) Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter zur Zeit in einer Berufsausbildung oder war er/sie früher in einer Berufsausbildung ?

Bitte diese Spalte nicht ausfüllen

) Nein, er/sie geht noch zur Schule
) Nein, er/sie ist nicht schul- oder arbeitsfähig
) Nein, er/sie arbeitet in einem Anlernberuf
) Nein, aus anderen Gründen : . . . . . .
. . . . . .
(bitte geben Sie die Gründe dafür an)
) Ja 66 ☐

a) Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:
Um welche Ausbildung handelt es sich ?

) Um eine Lehre
) Um eine Ausbildung zum . . . . . .
(bitte angeben)
) Um ein Studium der . . . . . 67 ☐

b) Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine abgeschlossene Berufsausbildung ?

) Nein, er/sie ist noch in Ausbildung
) Nein, die Ausbildung wurde abgebrochen
) Ja 68 ☐

Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter berufstätig ?

) Nein, weil er/sie zu jung ist
) Nein, aus anderen Gründen
) Ja 69 ☐

War Ihr Sohn/Ihre Tochter in den vergangenen zwei Jahren arbeitslos ?

) Nein - er/sie ist noch zu jung
) Nein - er/sie war nicht arbeitslos
) Ja 70 ☐

Wenn Ja, wieviele Monate insgesamt ?
Etwa . . . Monate 71 ☐

Wieviele Wochen war Ihr Sohn/Ihre Tochter im Jahr 1976 durch Krankheit aller Art (z.B.Grippe) nicht schul- bzw. arbeitsfähig ?

Bitte geben Sie die etwaige Zahl der Wochen an:
. . . . . Wochen 72 ☐

Fragen zum Familienstand Ihres Sohnes/Ihrer Tochter

Bitte diese Spal
nicht ausfüllen

1) Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter

- ○ ledig ?
- ○ verheiratet ?
- ○ verheiratet, aber getrennt lebend ?
- ○ geschieden ?
- ○ verwitwet ?

73 ☐

2) Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Kinder ?

- ○ Nein
- ○ Ja

74 ☐

75 3

Fragen zum sozialen Kontakt Ihres Kindes

76-80 Ø 2 6 3

1) Wo wohnt Ihr Kind heute ?

- ○ Zuhause, bei den Eltern
- ○ Im eigenen Zimmer/Wohnung
- ○ In einem Heim
- Anderswo: . . . . . (bitte ergänzen)

5 ☐

2) Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Bekannten oder Freunden ?

- ○ Nein
- ○ Ja
- ○ Ich weiß es nicht

6 ☐

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben :
Wie oft trifft sich Ihr Kind mit seinen Freunden ?

- ○ täglich
- ○ mehrmals pro Woche
- ○ einmal pro Woche
- ○ seltener

7 ☐

3) Ist Ihr Kind Vereinsmitglied ?

- ○ Nein
- ○ Ja
- ○ Ich weiß es nicht

8 ☐

Fragen zur Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen

1) Waren Sie mit der Beratung / Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen zufrieden ?

Bitte diese Spalte nicht ausfüllen

Wir waren mit der Beratung / Behandlung

- ○ sehr zufrieden
- ○ zufrieden
- ○ weniger zufrieden
- ○ unzufrieden
- ○ Ich weiß es nicht mehr

9 ☐

Wenn Sie mit der Beratung / Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen weniger zufrieden oder unzufrieden waren, beantworten Sie bitte die Fragen a) bis f)

a) Waren Sie unzufrieden oder weniger zufrieden, weil die Probleme Ihres Kindes immer noch bestehen ?

- ○ Nein
- ○ Ja

10 ☐

b) War die Dauer der Behandlung

- ○ zu kurz ?
- ○ richtig gewählt ?
- ○ zu lang ?

11 ☐

c) Kümmerten sich die Ärzte und Psychologen um die Probleme Ihres Kindes

- ○ zu wenig ?
- ○ in richtigem Maße ?
- ○ zu sehr ?

12 ☐

d) Beschäftigten sich die Psychologen und Ärzte mit Ihnen, den Eltern

- ○ zu wenig ?
- ○ in richtigem Maße ?
- ○ zu sehr ?

13 ☐

e) Hatten die Ärzte Bereiche wie Kindergarten, Schule usw.

- ○ zu wenig berücksichtigt ?
- ○ in richtigem Maße berücksichtigt ?
- ○ zu sehr beachtet ?

14 ☐

f) Wir waren aus folgenden Gründen mit der Behandlung unzufrieden (bzw. weniger zufrieden) :

Bitte diese Spa
nicht ausfüllen

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . 15-16 ☐

2) Glauben Sie, daß die Beratung / Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen sich günstig auf Ihren Sohn / Ihre Tochter ausgewirkt hat ?

○ Nein
○ Ja 17 ☐

3) Glauben Sie, daß die Behandlung / Beratung in der Jugendpsychiatrie Tübingen sich günstig auf Ihr Verhältnis zu Ihrem Sohn / Ihrer Tochter ausgewirkt hat ?

○ Nein
○ Ja 18 ☐

Bitte geben Sie an, wer den Fragebogen ausgefüllt hat:

○ Die Mutter des ehemaligen Patienten
○ Der Vater
○ Beide Eltern 19 ☐
○ Ein anderer Angehöriger

Unser Sohn / unsere Tochter, der ehemalige Patient

○ hat mitgeholfen
○ hat nicht mitgeholfen 20 ☐

Vielen Dank für Ihre Mühe !

75 4
76-80 Ø 2 6 3